

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Fakulta tělesné výchovy a sportu**

**Obor: Tělesná a pracovní výchova zdravotně postižených**

**Diplomová práce**

**Muzikoterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou  
v předškolním věku**

**Vedoucí diplomové práce:**

**PhDr. Jana Jebavá**

**Vypracovala:**

**Věra Kučerová DiS.**

## **Abstrakt:**

**Název:** Muzikoterapie u dětí s dětskou mozkovou obrnou v předškolním věku

Music therapy for preschool children with infantile cerebral palsy

**Cíle:** Cílem této práce je vytvořit program skupinových muzikoterapeutických sezení tak, aby došlo ke zlepšení koncentrace vybraných dětí s dětskou mozkovou obrnou. Cílová doba koncentrace, kterou jsem si zvolila je 45 minut. Dále je cílem zlepšit u těchto dětí grafomotoriku pomocí rytmizace v návaznosti na skupinovou činnost, přičemž grafomotorika probíhá individuálně.

**Metoda:** Tato diplomová práce je pojata jako experiment, ve kterém jsem prováděla s vybranou skupinou čtyř dětí ve věku 6 let skupinovou a individuální muzikoterapii. Práci s dětmi, pozorováním, zaznamenáváním a konečným zpracováním výsledků v průběhu experimentu jsem zjišťovala efektivitu působení muzikoterapie na koncentraci a grafomotoriku dětí s dětskou mozkovou obrnou. Muzikoterapeutická sezení se po měsíčním pozorování a následném výběru dětí začala uskutečňovat v září 2005 a skončila v únoru 2006. Výsledky zjištěné pozorováním byly průběžně vyhodnocovány.

**Výsledky:** Po celkovém zpracování všech výsledků lze potvrdit, že muzikoterapie má pozitivní vliv na zlepšení koncentrace dětí s dětskou mozkovou obrnou. Pozitivní vliv rytmizace na grafomotoriku se však nepotvrdil.

**Klíčová slova:** Muzikoterapie, dětská mozková obrna, raná péče, integrace, hra, rytmus, grafomotorika.



Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně. Při zpracování daného tématu jsem vycházela z uvedených zdrojů.

V Praze dne.....12. 4. 2006

Věra Kučerová

Za velmi vstřícnou spolupráci a vedení při zpracování diplomové práce děkuji vedoucí PhDr Janě Jebavé. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat PhDr Janě Procházkové za praktické rady a za možnost využití jejich zkušeností v této problematice. Poděkování dále patří odbornému pedagogickému kolektivu mateřské školy Kociánka v Brně a rodičům vybraných dětí za ochotu a možnost provedení této práce. .

Prosím, aby byla vedena evidence vypůjčovatelů.

[illegible]

## Obsah:

1 Úvod.....	8
2 Cíle a úkoly práce.....	10
3. Hypotézy.....	11
4 Teoretická východiska.....	12
4.1 Dětská mozková obrna.....	12
4.1.2. Historie.....	12
4.1.3. Etiologie DMO.....	12
4.1.4. Incidence.....	13
4.1.5. Dělení forem DMO podle Krause (2005).....	14
4.1.6. Problémy spojené s diagnózou DMO.....	19
4.1.7 Problematika DMO v dospělém věku.....	24
4.1.8 Raná péče.....	25
4.1.9 Integrace.....	27
4.1.10 Socializace dítěte.....	29
4.1.11 Handicap a jeho sociální dosah .....	30
4.1.12 Děti se učí tomu, v čem žijí.....	31
4.1.13 Mateřská škola.....	32
4.1.14 Vzdělávání .....	33
4.1.15 Potřeby člověka.....	34
4.1.15.1 Model potřeb malého dítěte podle J. Langmeiera a Z. Matějčka .....	34
4.1.15.2 Maslowova hierarchie všeobecných lidských potřeb .....	35
4.1.15.3 Čtverec potřeb pro každého dle Havlínové.....	35
4.2 Muzikoterapie .....	36
4.2.1 Historie muzikoterapie podle Šimanovského (1998).....	37
4.2.2 Předmět, cíl a obsah muzikoterapie .....	40
4.2.3 Druhy a rozdělení muzikoterapie podle Linky (1997).....	41
4.2.4 Současné možnosti využití muzikoterapie v lékařství podle Linky (1997).....	41
4.2.5 Současné využití muzikoterapie v rámci speciální pedagogiky.....	43
4.2.6 Oblasti uplatnění muzikoterapie .....	44
4.3 Hudba.....	44
4.3.1 Účinky hudby na člověka.....	44
4.3.2 Příliš hlučná hudba.....	46
4.3.3 Nadbytečná hudba.....	47
4.3.4 Hudba a řeč.....	47
4.3.5 Rytmus.....	48
4.3.6 Poslech a výběr hudby.....	49
4.4 Nonverbální komunikace v muzikoterapii.....	50
4.5 Složky aktivní části muzikoterapie.....	52
4.5.1 Složka vokálního projevu.....	52
4.5.1.1 Vokální projev obecně.....	52
4.5.1.2 Vokální projev v muzikoterapii.....	52
4.5.1.3 Vokální projev u dětí s DMO.....	53
4.5.2 Instrumentální projev.....	53
4.5.2.1 Hra na tělo.....	53
4.5.2.2 Orffův instrumentář.....	54
4.5.3 Složka pohybového projevu.....	55

4.5.3.1 Pohyb obecně.....	55
4.5.3.2 Pohybový projev v muzikoterapii.....	55
4.5.3.3 Pohyb v dětském věku a u dětí s DMO.....	56
4.5.4 Hudebně-pohybové hry.....	56
4.5.4.1 Hra a dítě obecně.....	56
4.5.4.2 Hudebně-pohybové hry v muzikoterapii.....	57
4.5.5 Výtvarný projev při hudbě.....	58
4.5.5.1 Výtvarný projev obecně.....	58
4.5.5.2 Výtvarný projev v dětském věku u dětí s DMO.....	58
4.5.5.3 Výtvarný projev v muzikoterapii.....	59
4.6 Struktura muzikoterapeutického sezení.....	59
4.7 Volba tématu.....	59
4.8 Prostor a vybavení ( ideální představa podle Šimanovského).....	60
5 Část praktická.....	62
5.1 Metodika práce.....	62
5.2 Historie Ústavu Kociánka.....	62
5.3 Mateřská škola pro tělesně postižené.....	64
5.4 Charakteristika skupiny.....	65
5.4.1 Vývojová charakteristika.....	65
5.5 Skupinová muzikoterapie.....	68
5.5.1 Vstupní pozorování .....	68
5.5.2 Vedení muzikoterapeutické činnosti.....	69
5.5.3 Prostor a vybavení.....	69
5.5.4 Volba tématu sezení.....	70
5.5.5 Struktura sezení.....	70
5.5.6 Jednotlivá sezení.....	71
5.5.7 Průběh jednotlivých sezení .....	83
5.6 Individuální činnost.....	92
5.6.1 Vstupní pozorování.....	92
5.6.2 Vedení muzikoterapeutických činností.....	92
5.6.3 Volba tématu.....	93
5.6.4 Struktura cvičení.....	93
5.6.5 Program činností.....	94
5.6.6 Průběh sezení.....	94
6 Výsledky.....	98
6.1 Skupinová muzikoterapie.....	98
6.2 Individuální muzikoterapie.....	100
7 Diskuse.....	101
8 Závěr.....	105
9 Referenční seznam.....	106
10 Přílohy.....	108
11 Seznam použitých zkratk.....	110

# 1 Úvod

Pojem dětská mozková obrna (dále DMO) zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze a vzhledem k tomu, že se jedná o nejčastější somatické postižení, je zapotřebí mu věnovat pozornost. Zvláštní pozornost je nutné věnovat především včasné a kvalitní diagnostice, která sehraává důležitou roli v celém dalším životě jedince s DMO a na jejímž základě jsou realizovány příslušné terapeutické postupy. Zde sehraávají důležitou roli složky léčebné rehabilitace, které spadají do oblasti ucelené rehabilitace. Velký důraz je kladen na ranou péči po zjištění diagnózy.

Hodnota incidence všech DMO se pohybuje mezi 1,5 až 2,5 jedinci na 1000 živě narozených dětí. Více než polovina pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených dětí (Kraus, 2005). Incidence DMO narůstá především v důsledku negativního dopadu udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodní a novorozenecké péče, při níž přežívají i ty děti, které dříve neměly naději na záchranu (Šlapal, 1996). Záleží však na každém zvlášť, jaký názor má na toto téma.

S touto diagnózou je spojeno mnoho poruch, které se dají ovlivnit a řada poruch, které se nedají ovlivnit, ale mohou se udržet na stejné úrovni a dále ty, které se s věkem zhoršují. Jelikož pracuji jako fyzioterapeut na oddělení Dětské rehabilitace, často se s diagnózou DMO setkávám. U těchto dětí se snažím ovlivnit poruchy motoriky, které vyplývají z jednotlivých forem DMO. Je však mnoho jiných problémů, s kterými jsem se u těchto dětí setkala a chtěla jsem si vyzkoušet jak lze tyto poruchy ovlivnit. Děti mi často při fyzioterapii přestávaly věnovat pozornost. Často jsem od dětí s poruchou motoriky dostávala na památku výkresy. V porovnání s dětmi bez motorické poruchy byl jejich výtvarný projev na nižší úrovni než skutečný věk. Pro ovlivnění poruch koncentrace a grafomotoriky jsem si zvolila muzikoterapii.

Muzikoterapie (dále MT) je metoda, která je spolu s dalšími jako např. psychoterapie nebo arteterapie aplikována u dětí s handicapem. Cílem MT je pomoci mnohotvárných, specificky působících výrazových prostředků pomáhat objektivně zlepšit nebo upravit celkový stav ohrožených, postižených a narušených osobností bez ohledu na věk, pohlaví, povolání a vzdělání. Za předmět MT se považuje záměrné a systematické působení jednotlivých složek hudebního projevu. Pro umocnění těchto složek se využívají slovesné, dramatické, výtvarné prvky a prvky pohybového umění (Mátejová, 1991).

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala pro ovlivnění poruch tuto terapii, je využívání hry. Hra je pro dítě přirozená činnost, které se věnuje většinu dne. Hra děti dokáže zaujmout. Při hře je učení dětí aktivní, prožitkové a trvale dítě ovlivňuje.

Důležitou úlohu v této práci hraje rytmus. Základní životní problém osob postižených DMO je trvalé porušení rytmu tělesných i duševních funkcí, zejména pohybového a mluvního rytmu (Kábele, 1988). Vliv rytmu na pohybovou činnost a jeho příznivé působení na nervovou soustavu a tělesný i duševní stav je znám již odedávna. Produkce hudby a řeči není myslitelná bez rytmu. Dá se tedy říci, že všechny složky muzikoterapeutických činností jako je projev vokální, instrumentální, pohybový, dále hudebně-pohybové hry, výtvarný projev při hudbě a receptivní MT se neobejdou bez rytmu.

Kapitolu Teoretická východiska jsem rozdělila na dvě hlavní části. V první části této práce se zabývám jednotlivými formami DMO a poruchami spojenými s touto diagnózou. Věnovala jsem se dále rané péči a integraci těchto dětí, což jsou dnes často diskutovaná témata. Neopomenula jsem ani socializaci, což je celoživotní proces, kterým se lidský jedinec stává bytostí společenskou. Dále jsem pomocí literatury shromáždila poznatky o vzdělávání těchto dětí a o významu jejich vzdělávání. Nejvíce jsem se zabírala dětmi v předškolním věku, vzhledem k mému zaměření diplomové práce.

V druhé části teorie se věnuji samotné muzikoterapii a jejím složkám. Podrobněji se věnuji rytmu a složkám aktivní muzikoterapie. V praktické části jsem popsala vývojové charakteristiky vybraných dětí, s kterými jsem dále popisovaný experiment, co se týče ovlivnění koncentrace a grafomotoriky, prováděla. Průběh experimentu jsem se snažila detailně popsat a následně vyhodnotit. V mé práci jsem chtěla upozornit na jednu z možností ovlivňování poruch spojených s DMO.

## **2 Cíle a úkoly práce**

Cíle práce:

- shrnout do uceleného souboru možnosti využití hudebních prostředků k ovlivnění poruch handicapovaných dětí
- pomoci skupinové MT činností s handicapovanými dětmi, zjistit vliv na koncentraci
- posoudit vliv rytmy na grafomotoriku při individuálním vedení v návaznosti na skupinovou MT

K dosažení cíle jsem se snažila splnit tyto úkoly:

- studium dostupné literatury
- výběr vhodné skupiny dětí
- vstupní a výstupní hodnocení
- řádná příprava a vedení muzikoterapeutických sezení a individuální činnosti



### **3. Hypotézy**

1. Předpokládám, že může pomocí muzikoterapeutických činností u dětí s dětskou mozkovou obrnou dojít ke zlepšení koncentrace.
2. Pomocí rytmyzace dochází u dětí s dětskou mozkovou obrnou ke zlepšení grafomotoriky.

## 4 Teoretická východiska

### 4.1 Dětská mozková obrna

#### 4.1.2 Historie

Poměrně dlouhé období nejednotného označování DMO, mělo příčinu v nejednotných názorech na původ, podstatu a rozsah této choroby. Jednotlivé formy byly poznávány postupně a byly vždy po určitou dobu považovány za samostatná onemocnění (Kábele, 1988).

Podle Lesného (viz. Kábele, 1988) byla jako první popsána Cazanviellhem v roce 1827 forma hemiparetická, avšak neměla ještě označení. Teprve William John Little popsal v roce 1862 formu diparetickou a formu hemiparetickou. Následkem rozšíření jeho poznatků se pak dlouhá léta užívalo označení "Littleova choroba" a to pro všechny spastické formy DMO. Dyskinetickou formu popsal v roce 1871 W. A. Hammond a hypotonickou formu v roce 1909 O. Foerster (Kábele, 1988).

Dnes většina literatury uvádí dělení na formu spastickou, dyskineticko-dystonickou a mozečkovou. Já osobně se přikláním k dělení podle Krause (2005) viz dále.

#### 4.1.3. Etiologie DMO

Přestože zůstává etiologie DMO asi ve 20 až 30 % případů nejasná, lze rozdělit příčiny do tří základních skupin (Komárek, Zumrová, 2000):

*prenatální inzulty* - nitroděložní infekce, fyzikální a toxické noxy a metabolické poruchy matky,

*perinatální inzulty* - jedná se o poškození v průběhu porodu, v důsledku čehož, může vzniknout hypoxicko-ischemická encefalopatie, nitrolební krvácení, metabolické encefalopatie, bilirubinová encefalopatie a bakteriální meningoencefalitida,

*postnatální inzulty v kojeneckém období* - závažné poranění lebky a mozku, bakteriální meningoencefalitida, virová encefalitida a následky toxických a metabolických encefalopatií.

Dětská mozková obrna je trvalé, ale nikoli neměnné postižení hybnosti a postury. Je následkem neprogresivního defektu nebo léze nezralého mozku. Chybění progresu mozkové léze však není absolutní (Kraus, 2005).

Léze mozku, které způsobují DMO, jsou rozmanité a projevují se jednotlivými syndromy. Způsob poškození mozku souvisí se stupněm nezralosti dítěte v období působení inzultu (Kraus, 2005).

Klinické projevy jsou podmíněny především časovým faktorem tj. obdobím, kdy patologická noxa (škodlivina) na nezralý mozek působí. Jsou postiženy zvláště ty struktury CNS, které jsou momentálně v maximálním rozvoji, kdy jsou nejzranitelnější. Důležitá je samozřejmě rovněž doba trvání účinku patologické noxy a její kvalita (Šlapal, 1996).

Z klinického hlediska nejsou projevy a příznaky DMO neměnné. Změny nastávají především v muskuloskeletární oblasti. Zejména v období kojeneckého a raného dětského věku jsou patrné změny svalového tonu a pohybových funkcí. Z tohoto důvodu je mnohdy třeba se stanovením formy DMO vyčkat až do věku 3 až 4 let. U některých případů se to týká i stanovení vlastní diagnózy.

V novorozeneckém věku má klinický obraz poškození mozku podobu centrálního hypotonického nebo hypertonického syndromu. Během vývoje v dalším období přetrvávají novorozenecké reflexy, neonatální nebo abnormální postury, opožděné vzpřimování, objevují se patologické odpovědi v polohových testech a různá tíže psychomotorické retardace (Kraus, 2005).

#### **4.1.4. Incidence**

Hodnota incidence všech DMO se pohybuje mezi 1,5 až 2,5 jedinců na 1000 živě narozených. Incidence jednotlivých forem DMO se v různých studiích mírně liší. Nejčastější formou je spastická diparéza spolu s hemiparézou. Dále se řadí dyskinetická a ataktická forma a na stejném místě je i forma kvadraparetická (Kraus, 2005).

Více než polovina závažněji postižených pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených dětí, a to především novorozenců s váhou pod 1500g (Kábele, 1988).

Incidence DMO narůstá především v důsledku negativního dopadu udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodní a novorozenecké péče, při níž přežívají i ty děti, které dříve neměly naději na záchranu (Šlapal, 1996).

#### **4.1.5. Dělení forem DMO podle Krause (2005)**

##### **1. Hemiparetická forma DMO**

###### **Kongenitální hemiparéza**

Kongenitální hemiparéza je definovaná centrální hemiparézou při lézi, která vznikla před koncem neonatálního období (do 28. dne věku). Tvoří 70 až 90% případů hemiparetické formy DMO. Její incidence má klesající tendenci. Chlapci jsou postiženi častěji a mírně převažuje pravostranné postižení.

U více než 90% je němý interval do 4. až 9. měsíce věku. K manifestaci dochází většinou mezi 4. až 5. měsícem, kdy se zjistí jednostranné pokusy o úchop.

###### *Klinický obraz*

Držení končetin je u dětí s hemiparézou charakteristické, paže je v addukci a vnitřní rotaci, předloktí v semiflexi a pronaci, zápěstí ve flexi, prsty v extenzi s addukčním držením palce. Na dolní končetině převažuje extenční držení a equinus nohy. Drobný centrální nález může být i na kontralaterální dolní končetině. Horní končetina bývá postižena více. Hybnost tváře nebývá změněna, je opožděn růst postižené poloviny těla. Hemihypogeneze je větší na horní končetině než na dolní s maximem na paži a ruce. Míru hemiparézy lze posoudit dle hybnosti, u mírné je pinzetový úchop a izolované pohyby prstů, u střední je pouze pohyb celé ruky, zatímco u těžké pacient ruku nepoužívá. Při nevhodné terapii se rozvíjejí kontraktury, zprvu dynamické později fixní, vzniká skolióza. Senzitivní abnormality jsou u 68% případů. U čtvrtiny z nich jsou defekty zrakového pole. Může se vyskytnout porucha v oblasti okulomotoriky, častý je strabismus, někdy také atrofie optického nervu.

Epilepsie je nejvýznamnější komplikací kongenitální hemiplegie. Postihuje 27 až 44 % pacientů. Většina záchvatů jde kompenzovat vhodnou terapií.

Mentální retardaci lze nalézt u 18 až 50% pacientů. Má značnou souvislost s výskytem epilepsie. Výskyt mentální retardace dále koreluje s mírou hemiparézy. U těchto dětí se mohou vyskytovat specifické školní poruchy. Forma má vztah k poruchám vývoje řeči a mluvení - poruchy řeči nesouvisí s lateralizací léze. Naproti tomu verbální a nonverbální IQ je více postižené při lézi levé hemisféry.

## **Získaná hemiparéza**

Příčiny získané hemiparézy jsou rozmanité. Případy s akutním začátkem mohou mít zánětlivou etiologii nebo mohou být projevem např. demyelinizace, migrény, traumatu.

Akutní získaná hemiparéza se může objevit v různém věku, ale většina z nich se projevuje v prvních třech týdnech. Začátek je obvykle akutní s křečemi nebo s bezvědomím a většinou s maximem pseudochabé hemiparézy od počátku obtíží. Vyskytuje se také centrální paréza lícního nervu. U většiny případů se později rozvine spasticita. Dále dochází u levostranného postižení k afázii. Rychlost a míra úpravy je rozmanitá. Prognóza většinou souvisí s etiologií léze.

Pokud se získaná hemiparéza objeví v kojeneckém věku, je obtížné její odlišení od kongenitální hemiparézy.

## **2. Bilaterální spastická forma DMO**

Při těchto formách DMO jsou postiženy obě poloviny těla. Nejčastější formou je diparetická. U všech je konstantní postižení horních končetin, ale většinou je velmi mírné a lze je zjistit jen pečlivým neurologickým vyšetřením. Incidence diparetické formy se nemění.

## **3. Diparetická forma DMO**

Nejčastější je prematurita a relativně vysoká frekvence perinatálních faktorů. Přibližně třetina dětí s diparézou se rodí do 32. týdne těhotenství, třetina mezi 32. a 36. týdnem a jen třetina se rodí v termínu. Diparéza u dětí rozených v termínu se často váže k prenatálním faktorům.

### *Klinický obraz*

Svalový tonus na dolních končetinách je charakteristicky zvýšený. U některých novorozenců již je hypotonie, apatie a problémy s výživou. U většiny je však v prvních 6 až 12 měsících latentní období. Následuje rozvoj hypotonie, která již vzbudí podezření. Další je stádium dystonie, kdy se objevují mimovolní nepotlačitelné generalizované pohyby a zvýšení svalového tonu při jakékoli změně polohy. V 2. trimenonu nastává opoždění vývoje vzpřimování a zde se rozlišuje forma flekční a forma extenční.

Maximum postižení je na dolních končetinách. Jejich postižení je rozmanité. Nezřídka je paréza asymetrická. Připojené dystonie a mimovolní pohyby mohou některým dětem až znemožnit hybnost.

Epilepsie se vyskytuje relativně zřídka (u 16 až 27%). Vhodná terapie záchvaty většinou snadno kompenzuje. Často se objevuje strabismus a problémy s vizuální percepcí.

U většiny jsou intelektové schopnosti relativně zachované. Normální nebo hraniční intelekt je u dvou třetin jedinců (Hagberg, 1975). Výraznější postižení horních končetin se pojí s nižší úrovní intelektu, a tím i horšími schopnostmi motoriky. V současnosti se setkáváme s mentální retardací, epilepsií a výrazným motorickým postižením u případů těžké imaturity (nedonošenost novorozence).

#### **4. Ataktická diparéza**

Nazývá se také spasticko-ataktickou diparézou. Tvoří 5 až 7% případů DMO. Má převážně kongenitální původ, ale může být i získaná. Příčiny jsou většinou prenatalní. Postnatální získaná ataktická diparéza je při hydrocefalu kojenců. Kongenitální hydrocefalus se také projeví spastickou diparézou.

##### *Klinický obraz*

Klinicky je u dětí zprvu výrazná hypotonie postupně přecházející ve spasticitu s hyperreflexií. V druhém roce věku se objeví tremor a titubace v sedu, jež mohou znemožnit stoj nebo chůzi bez pomoci. Ataxie může rušit jemnou motoriku. Je mozečková řeč a intelekt je u dvou třetin jedinců normální.

#### **5. Triparetická forma**

Tento typ patří mezi bilaterální formy DMO, jejichž význam narůstá zvýšeným přežitím dětí se značnou prematuritou. Téměř polovina dětí s triparézou má pozitivní perinatální etiologii s výraznou prematuritou.

##### *Klinický obraz*

V klinickém obrazu je výrazné motorické postižení u 80%, mentální retardace u dvou třetin a epilepsie u poloviny dětí. Lze pozorovat variabilní kombinace projevů a prognóza je většinou nepříznivá.

## 6. Kvadruparéza

Jde o nejtěžší formu DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Tvoří 5% případů a znamená závažný problém, neboť postižené děti jsou zcela závislé na pomoci, péče o ně je pracná, jsou obtíže s výživou a kontrakturami.

Prematurita je u 5% případů, u 25% je hraniční hmotnost pro gestační věk. Předpokládá se, že 1/3 má prenatální etiologii, pre- a perinatální je u 16%, u 18% je postnatální a u 12% dětí není etiologie zjistitelná

### *Klinický obraz*

V klinickém obraze dominuje těžká retardace. Zřetelnější nález je na horních končetinách než na dolních. Méně časté je větší postižení dolních než horních končetin či stejné postižení všech čtyř končetin. Rozlišují se dva typy – hypotonický a hypertonický.

Existuje bilaterální spasticita s obrazem připomínajícím oboustrannou hemiparézu, dále jsou parézy mozkových nervů, bulbární syndrom, alalie nebo významná dysartrie a časně vznikají kontraktury. U těchto dětí je hlavním problémem výživa a prevence aspirací. Poruchy oromotorických funkcí, epilepsie patří do klinického obrazu uvedené formy. U většiny pacientů je těžké mentální postižení. Prognóza je velmi nepříznivá a nejvíce postižené děti neopustí ve vývoji neonatální stupeň.

## 7. Dyskinetická forma DMO

Tato forma se také nazývá extrapyramidová dystonicko-dyskinetická nebo atetózní. Tato forma má charakteristickou etiologii a klinické projevy.

Dyskinetická forma je definovaná dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu (Kyllerman, 1983). Základní poruchou dystonicko-dyskinetické formy je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu.

Tato forma tvoří kolem 10% případů DMO. V poslední době poněkud poklesla incidence u dětí rozených v termínu, ale současně se zvýšila incidence u dětí s prematuritou. Téměř 2/3 případů v anamnéze má perinatální faktory, 1/5 prenatální a

jen malá část postnatální nebo nezjistitelné. U případů s určitou progresí lze předpokládat genetický původ

#### *Klinický obraz*

U dyskinetické formy DMO není v prvních měsících života patrné zvýšení svalového tonu ani abnormální pohyby. Tyto pohyby se projeví až mezi 5. až 10. měsícem věku. Progrese nálezu ukončí rozvoj až po druhém roce věku

Nejčastěji se tato forma vyvíjí z hypotonického syndromu. První projevy postihují především trup a dolní končetiny. Dystonické nadměrné otevření úst bývá prvním příznakem, který budí podezření. Jindy dominuje neschopnost výdrže v určité poloze. Plně rozvinutý klinický obraz s dyskinezemi se objevuje až v průběhu 1. až 3. roku věku. Zvýrazňuje se atetóza na akrech horních i dolních končetin. Pro svou osovou instabilitu je chůze obtížná. Při emocích se dyskineze zvýrazňují.

Postižení orofaciální koordinace ovlivňuje rozvoj vokalizace a ruší schopnost mluvit, což s sebou přináší obtíže s výslovností a artikulací. Někdy se připojuje porucha sluchu. Poruchy polykání způsobují malnutricii. Značný problém je se sliněním. Při každém pokusu o pohyb se objevuje grimasování a neúčelné kontrakce.

Mentální schopnosti jsou většinou normální nebo v rozsahu IQ 70-80. Jsou však poruchy jemné hybnosti, zejména psaní. Rozvoj epilepsie je relativně vzácný, asi u čtvrtiny případů. Obvykle se snadno dosáhne její kompenzace. Časté jsou zrakové problémy - třetina dětí má strabismus.

### **8. Cerebelární forma DMO**

Jinak se také nazývá ataktická forma. Tato forma tvoří 7 až 15% případů DMO. Je velmi heterogenní skupinou. U mnoha je kongenitální s počátkem příznaků po 1. a 2. roce věku, kdy dítě začíná normálně chodit. Dominantní roli hrají prenatální faktory. U mnohých se projevují genetické faktory.

#### *Klinický obraz*

Jejich nástup je u této formy plíživý. Jsou značně variabilní. Dlouho přetrvává centrální hypotonický syndrom, apatie, porucha koordinace očních bulbů, prohlubuje se psychomotorická retardace. Děti neprospívají důsledkem obtíží při krmení a častého zvracení. Manifestace této formy je zřejmá mezi 1. a 2. rokem, kdy v klinickém obraze převládá hypotonie, ataxie trupu s poruchou koordinace, hypermetrie, intenční tremor, velká asynergi, typické lezení s rozšířenou bází, divergencí kolen, elevací bérců nad podložku. Dále se vyskytuje porucha artikulace.



## **9. Smíšené formy DMO**

Podíl případů označovaných jako smíšené formy se mění podle kritérií použitých definic. Pro pacienty je vždy důležitější provést podrobnou funkční analýzu, která je základem terapie a je významnější než klasifikace.

## **10. Neobvyklé obrazy DMO**

Mezi tyto manifestace patří mnohými uváděná hypotonická nebo atonická forma. Charakterizuje ji povšechná svalová hypotonie, která přetrvává po 2. až 3. roce věku.

### *Klinický obraz*

V klinickém obraze je těžká porucha řeči až alálie, porucha hybnosti jazyka a volní hybnosti musculus orbicularis se zachovanou automatickou hybností. Vážným problémem je slinění, mohou být i problémy s kousáním a polykáním.

### **4.1.6. Problémy spojené s diagnózou DMO**

#### **1. Porucha koncentrace**

Děti s DMO často velmi obtížně udrží pozornost, což se negativně odráží na úrovni jejich paměti (Janovský, 2001). Poruchy pozornosti, které se váží k postižení mozku, se nejrychleji prozradí těkavým pohybem očí, které jen krátce fixují a často nesledují manipulaci ruky s hračkou (Komárek, Zumrová, 2000). Rozsah této poruchy závisí na rychlosti dozrávání CNS a na jejím nerovnoměrném vývoji. Koncentraci dále narušují spasmy, mimovolní pohyby, poruchy rovnováhy, smyslové poruchy. Tato porucha je často jedním z důvodů oddálení povinné školní docházky.

#### **2. Porucha grafomotoriky**

Tato porucha vyplývá z celkové poruchy motoriky, kterou zde mezi poruchami neuvádím, protože je popsána u jednotlivých forem DMO. Grafomotorika je retardována po obsahové i technické stránce (Janovský, 2001). Závažnost této poruchy záleží na formě DMO. Tato porucha se stává závažným problémem při zahájení povinné školní docházky, kdy se děti začínají učit psát. Proto je tedy kladen u dětí s DMO důraz na speciální mateřské školy, které by se touto problematikou měly důsledně zabývat.

### **3. Poruchy základních dovedností**

U dětí s DMO je rozvoj základních dovedností opožděn pomalejším zráním CNS a někdy i přímým poškozením oblastí mozku potřebných k provádění té které dovednosti. Dále nedostatečnou možností nácviku dovednosti při snížené hybnosti a určitou deprivací při pobytech v nemocnicích a lázních (Komárek, Zumrová, 2000, s. 65)

Zdravé děti se od kojeneckého věku, kdy se naučily lézt, po většinu dne pohybují v prostoru, dotýkají se věcí a manipulují s nimi. Dítě ve hře získává množství informací o váze, povrchu, zvuku, tvaru, velikosti, funkci, chuti. Jejich analýza a syntéza mu umožňuje vytvářet abstrakce, poznávat předměty a dávat jim jména. Dítě s DMO potřebuje více takových zkušeností, potřebuje zkušenosti určitější, nedeformované nejistým úchopem, nedostatečnou percepcí, nestabilní polohou, aby si je dokázalo pamatovat a naučilo se je identifikovat.

Základní funkce, které jsou u dětí s DMO porušeny (Komárek, Zumrová, 2000, s. 65):

- schopnost získávat informace dotekem věcí
- hodnocení polohy vlastního těla
- hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí věcí
- schopnost plánovat pohyb přiměřený situaci
- schopnost získávat informace zrakovým pozorováním
- rozvoj selektivní pozornosti

### **4. Problémy s příjmem stravy**

Komplikace spojené s příjmem potravy tíží významnou část pacientů s DMO a přetrvávají do dospělosti. Vývoj může zůstat na úrovni sání – polykání a nemusí dosáhnout stadia kousání. Obtíže se týkají obou složek orální a polykací fáze. Další problémy jsou v oblasti žaludku. U velmi těžce postižených dětí se používá PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Je nutno připomenout, že jídlo má kromě nutriční role také významnou roli sociální.

### **5. Problémy s chováním**

Jejich vznik je u dětí s lézí CNS 5 až 6x častější. Jsou stejného typu jako u neurologicky normálních dětí. Účinek léze mozku se projevuje spíše obecně zvýšeným

sklonem k poruše chování než vyvoláním určitého specifického typu problému. Na vzniku problému se může podílet i psychopatologie rodiny. Hyperaktivní a hyperkinetické chování také provází poškození mozku.

## **6. Mentální retardace, poruchy učení**

Dítě s DMO může mít globální mentální retardaci nebo specifické problémy s učním.

### ***Mentální retardace***

Mentální retardace je charakterizována snížením intelektu a zhoršenou schopností učit se oproti stejně starým vrstevníkům. Diagnóza mentální retardace je založena na řadě speciálních psychologických testů, které stanoví rozdíl mezi chronologickým a vývojovým věkem (Komárek, Zumrová, 2000).

I když ve výchovně vzdělávací péči o děti s DMO působí největší obtíže zpravidla poruchy hybnosti, jsou tyto obtíže mnohonásobně větší, jestliže se současně vyskytuje mentální retardace (Kábele, 1988).

Základní etiologické faktory mentální retardace, jak uvádí Kábele (1988):

- abnormality morfologie a vývoje CNS v důsledku vrozené či dědičné poruchy
- perinatální asfyxie vyúsťující do hypoxické encefalopatie
- dědičné poruchy metabolismu a degenerativní choroby nervového systému
- endokrinní poruchy v průběhu prvního roku dítěte
- expanzivní procesy

Stejně etiologické agens může způsobit opoždění jak vývoje psychického, tak motorického, či se může jednat pouze o motorický deficit, který zastírá ve skutečnosti normální nebo i vysoké IQ.

## **7. Specifické poruchy učení**

Specifické problémy s učním se začnou projevovat při dosažení školního věku. Predikce těchto obtíží je mnohdy nesnadná. Děti s opožděním řeči a mluvení mají větší četnost obtíží se čtením, ale později se mnohé číst naučí. Určité problémy se váží k jednotlivým formám DMO. Do těchto poruch spadá především dyslexie (specifická porucha čtení) a její příbuzné poruchy jako dysgrafie (specifická porucha psaní),

dysortografie (specifická porucha pravopisu), dyskalkulie (specifická porucha počítání), dyspinxie (specifická porucha kreslení) (Edelsberger, 1978).

## **8. Epilepsie**

Četnost výskytu epilepsie u dětí a dospělých s DMO se pohybuje od 15 do 55%. V populaci se frekvence výskytu pohybuje kolem 2-3%. Při současné přítomnosti mentální retardace s DMO se výskyt epilepsie zvyšuje na 71%. Forma DMO do jisté míry určuje pravděpodobnost vzniku epilepsie. Predispoziční faktory lze shrnout do skupin genetických, pre-, peri- a postnatálních dějů. U jednotlivých forem lze identifikovat různé typy záchvatů, kdy rozhodnutí o typu je důležité pro určení terapie (Kraus, 2005).

Prognóza není u lidí s epilepsií vždy nepříznivá. V některých případech se dá dobře medikamentózně kompenzovat. Někdy se zvažuje chirurgická léčba. Epilepsie u dětí s DMO může ještě více zhoršit hybnost. V některých případech dochází v důsledku ztráty neuronů k postupné ztrátě jednotlivých schopností motoriky. Tomuto ději je třeba včas předcházet. Důležité jsou také kognitivní důsledky. S individuální mírou kognitivních poruch souvisí také volba vhodné školy. Důsledky se také projevují v oblasti poruch chování a v oblasti sociální, protože děti s epilepsií mívají stavy s poruchou chování a jiné stavy patřící do diferenciální diagnostiky epilepsií.

## **9. Problémy s komunikací**

Mnohé děti s DMO mají problémy s komunikací. Ty mohou někdy představovat mnohem důležitější problematiku než jejich hybné obtíže. Stejně tak jako u chůze, je i tady důležité včas rozhodnout, zda dítě srozumitelné řeči docílí. Úroveň schopností dítěte pro orální komunikaci lze podle Krause (2005) stanovit ve věku 4-5 let. Pokud dítě tuto schopnost neprokáže, lze uvažovat o metodách alternativní komunikace. Ovšem tyto metody mohou být uplatňovány pouze s ohledem na motorickou a mentální poruchu určitého dítěte.

Problémy s komunikací ovšem nezáleží pouze na výše uvedených kritériích. Děti s DMO mívají nízké sebevědomí, mají komplex ze svého postižení, stydí se a jsou emocionálně labilní. Uzavírají se často do sebe a odmítají komunikovat s okolím, bojí se negativní odezvy, výsměchu, hlavně svých zdravých vrstevníků. Základy komunikace se musí vytvářet už od útlého věku dítěte a to především v rodině, později

v předškolním a školním zařízení. Úroveň komunikace handicapovaných se zdravými je úroveň komunikace zdravých s handicapovanými.

## 10. Poruchy řeči

Při DMO se vyskytují velmi často poruchy řeči v souvislosti s poruchami hybnosti, které postihují také svalstvo jednotlivých mluvních orgánů, a tím i jednotlivé složky mluvního projevu: dýchání, fonaci, artikulaci i celkovou plynulost koordinace mluvního projevu. Tím pak je postižen i celkový ráz řeči po stránce artikulace, síly, rytmu, melodie, plynulosti a srozumitelnosti.

Dýchání je při spastických formách DMO křečovitě a mělké, takže vydechovaný vzduch nepostačuje k vytváření dostatečně znělé řeči a dalších mluvních celků. Při dyskinetických formách je dýchání neuspořádané, rušené nepotlačitelnými mimovolnými pohyby. Kapacita těchto krátkých a prudkých výdechů je malá a rovněž nepostačuje k vytváření dostatečně znělého mluvního projevu a delších celků. U hypokinetické formy je celková kapacita dýchání velmi malá a nepostačující. Rytmus dýchání a řeči je někdy narušován náhlými šubavými pohyby, takže je nepravidelný. Fonace, tvoření hlasu, je postižena při všech formách DMO. Seman (1955) uvádí, že hlas bývá skoro pravidelně změněn a může být afonický (tichý), dysfonický, popř. může být tvořen hyperfunkcí laryngeální a je tlačенý, nadměrně hlasitý a těžko ovladatelný. Chybí zvučnost a melodie (Kábele, 1988).

Porucha artikulace se vyskytuje u dětí s DMO velice často. Je to následek poškození hybných funkcí svalů a to především rtů a jazyka. Dysartrie, která má ve svém obraze mimo poruchy fonace, rezonance a respirace i poruchu artikulace, je porucha motorické realizace řeči na základě organického poškození CNS. Dysartrie zahrnuje řadu typů či syndromů řečových poruch, jež jsou způsobeny obtížemi ve svalové kontrole řečových mechanismů a řazeny do oblasti motorických řečových poruch (Škodová, 2003). Dále sem spadá patlavost. Dyslalie je neschopnost používat jednotlivé hlásky či skupiny v mluvené řeči podle stanovených ortopedických norem (Hála, 1962). Hláška je tvořena na nesprávném místě. Nejvýstižnější klasifikací dyslalií uvádí Lechta (1990), a to z hlediska vývojového, etiologického, z hlediska rozsahu, kontextu a místa poškození. Porucha plynulosti a koordinace opět závisí na typu DMO. Může vážnout uspořádání složitějších mluvních celků, mluvení může být zpomalené nebo zrychlené, přerývané nebo neuspořádané, některé slabiky jsou silně vyraženy, jiné naopak vyznívají slabě, skandovaná řeč, časté opakování slabik nebo celých slov atd.

Ze všech výše uvedených poruch vyplývají větší či menší poruchy emocionálního charakteru.

#### **4.1.7 Problematika DMO v dospělém věku**

Většina lidí s diagnózou DMO se dožívá dospělého věku i stáří. I když postižení omezuje v mnoha směrech, nebývá příčinou smrti. Péče o dospělé s DMO je zatím rozptýlená a určitě by většina postižených uvítala zřízení specializovaných poradenských center s přítomností odborníků, kam by se mohli obrátit v případě závažných problémů. Podobná centra pro děti už existují. S dospělostí se příliš nemění ani základní rozdělení problémů, které pacienti udávají, hlavně v oblasti zdravotní, pracovní a sociální (Kraus, 2005).

##### *Zdravotní problémy*

Epilepsie, která vyžaduje celoživotní péči.

Vertebrogenní problémy

Postižení intelektu

Postižení nosných kloubů dolních končetin

Časté subluxace v oblasti kyčelních kloubů

Inkontinence

Věkem ubývá aktivní svalové hmoty.

Různý stupeň dysartrie, poruchy komunikace (Kraus, 2005 )

##### *Vzdělání a pracovní zařazení*

Více než u zdravých platí, čím vyšší vzdělání, tím lépe. U většiny postižení je v různé míře postižená manuální zručnost a možnost lokomoce, takže intelektuální činnost s minimálními přesuny je optimálním řešením. Proto je nutné , pokud to dětem dovolí intelekt a vnější podmínky, dítě motivovat, aby mělo snahu dosáhnout co nejvyššího vzdělání. Není mnoho učebních oborů, kde se mohou jedinci s DMO uplatnit. Vždy je nutné zvážit, zda je reálné, že v daném oboru skutečně najdou zaměstnání. Mnohdy se obor vyučení stává jen zajímavou činností. Postupně se u nás zlepšuje pracovní uplatnění v dospělosti, přesto se řada pacientů zařazuje velmi obtížně. Pracovní zařazení je pro mnohé možné pouze v chráněných dílnách.

### *Sociální problematika*

Problémy v této oblasti provázejí člověka s DMO celým životem. Problémy z dětství se přenášejí do dospělosti. Řada jedinců končí v sociálních ústavech nebo domovech důchodců, i když při cílené péči a nácviku soběstačnosti by mohli bydlet samostatně, ale v chráněném prostředí. Možností chráněného bydlení a chráněných dílen je stále málo. Jinou otázkou jsou systémy důchodů a dávek v nezaměstnanosti. V mnoha případech je systém demotivující, jindy vylučuje zaměstnání (Kraus, 2005).

#### **4.1.8 Raná péče**

Právě včasná aplikace komplexní péče (ucelené rehabilitace) významně ovlivňuje úspěch v oblasti edukační a terapeutické, neboť mozek malého dítěte je velmi plastický, a je tedy schopen jednak regenerace, ale také kompenzace vzniklého poškození (Kotagal, 1997).

Vítková (1999) hovoří v této souvislosti o rané podpoře, která má být poskytována od zjištění rizika či postižení až do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školy či školního resp. předškolního zařízení. Je samozřejmé, že v rámci rané podpory se prolíná péče zdravotnická a terapeutická s péčí pedagogicko-psychologickou a má tedy interdisciplinární charakter.

Raná péče (podpora) je soustava služeb a programů poskytovaných dětem ohrožených v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám, s cílem:

- předcházet postižení
- eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení
- poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace
- posílit kompetence rodiny a tím zmenšit její závislost na sociální pomoci (neznámý zdroj)

V ČR mohou být klienty středisek rané péče (dále RP):

- rodiče s dítětem, které má zdravotní postižení, ve věku od 0- 4 let, případně do nástupu dítěte do předškolního zařízení
- rodiče s dítětem, které má kombinované postižení, ve věku 0 – 6 let

- rodiče s dítětem, jehož vývoj je ohrožen, od 0 – 2 let (nedonošené děti, děti s traumatickým průběhem porodu) (Jankovský, 2001)

#### *Obsah služeb rané péče:*

Nabídka služeb RP vychází z konkrétních potřeb a očekávání té které rodiny. Základem je podpora rodiny a podpora vývoje dítěte. Podpora rodiny: začíná včasnou nabídkou pomoci rodině, v níž se narodilo dítě s postižením nebo v níž vyrůstá ohrožené dítě. Cílem je posílení komunikace mezi rodiči a dítětem, posílení komunikace mezi dítětem a učitelem i spolužáky, dále posílení komunikace mezi členy rodiny, osvěta a vzdělávání pro rodinu i pro širší veřejnost.

Podpora dítěte: metodiky podpory vývoje dítěte jsou zaměřeny na předcházení nebo eliminaci důsledků postižení nebo narušení soc. vazeb dítěte. Snaží se minimalizovat vzniklá vývojová opoždění a zvyšovat dosažitelnou úroveň dítěte ve všech aspektech rozvoje jeho osobnosti. Služba je poskytovaná zejména v domácnosti a poskytuje se bezúplatně (neznámý zdroj).

#### *Metody rané péče:*

- stimulace zbytkových funkcí
- podpora kompenzačních funkcí
- podpora psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte ( fyzioterapie, polohování, masáže, podpora porozumění a předverbální komunikace, rozvíjení sebeobslužných dovedností ...)
- stimulace interaktivního prostředí (neznámý zdroj)

#### *Principy služeb rané péče:*

- respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny; ochrana soukromí klienta
- pomoci rodičům a dětem najít jejich vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnání situace související s postižením
- podporovat sociální integraci dětí s postižením a jejich rodin
- rodiče přijímat jako členy týmu při sestavování individuálního plánu raně poradenských služeb



- komplexnost služeb = snaha o maximální možný rozvoj postiženého dítěte v trvalé spolupráci s rodiči i odborníky (pediatr, odborný lékař, spec. pedagog, soc. pracovníce atd.) (neznámý zdroj).

#### *Služby a programy rané péče:*

- včasná diagnostika dítěte
- včasná stimulace a rehabilitace dítěte
- poradenství a vzdělávání pro rodiče
- půjčování pomůcek a odborné literatury
- terénní práce v rodině
- zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace
- instruktáže a zácvk dalších pracovníků pomáhajících profesí
- transit dítěte do výchovně-vzdělávacího systému (neznámý zdroj)

#### **4.1.9 Integrace**

Integrace znamená scelení, ucelení, sjednocení, budování celku, zapojení o stranou stojících elementů, doplnění. Integrace tedy není statický stav, kterého lze dosáhnout jednou provždy. V pedagogické praxi rozumíme integrací sociální proces, při němž je základem společný život sobě rovných, umožněný společným získáváním zkušeností a zážitků. Obecně je možné pojem „integrační“ označit ty procesy, ve kterých dochází k sjednocení. Sjednocením rozumíme odstranění protikladů nebo jejich překlenutí, aniž by byl ohrožen jedinec a jeho vztahy. Znamená to vzdát se sledování odlišností, zvláštností, neobvyklostí či rozdílností jedinců. Integrace se nesmí chápat jako ideologie, jejichž cílů se musí dosáhnout za každou cenu. Spíše je potřeba nabídnout integraci dítěti proto, že jsme si vědomi příkladné dětské přirozenosti, na jejímž základě je možné dosáhnout otevřeného společného života zdravých a postižených daleko snadněji než kdykoliv později.

Snahy lépe integrovat postižené děti do „normálního“ světa se v řadě zemí začaly objevovat přibližně kolem šedesátých let. Zájem o modely integračních skupin se stále více projevují i u nás. Nebylo by správné, kdyby každá mateřská škola (dále MŠ) chtěla z integračního entusiasmů přijímat jednotlivé postižené děti, a to ať už ze soucitu nebo z nouze. MŠ, která se chce integraci věnovat, musí být na tuto práci důkladně připravena, a to jak rámcovými předpoklady, tak studiem změněné koncepce. Mateřská

škola je pro počátek integrace zvlášť vhodná, neboť právě zde je možné neobyčejnou měrou přispět k rozvoji poznávacího horizontu předškolního dítěte. Ve srovnání se školou nespočívají její přednosti v tomto směru jen ve věku dětí, ale i v tom, že se jedná o sociálně pedagogickou instituci, takže se zde uskutečňuje především sociální integrace.

Integraci v MŠ zásadně rozumíme společný život nejrozličnějších dětí, tj. dětí bez ohledu na pohlaví, národnost nebo principy hodnocení schopností dětí či jejich potíží. Integrací jsou děti akceptovány a rozvíjeny v jejich osobnosti. Tím jim je umožněno společně růst a rozvíjet se v otevřené atmosféře a během společně probíhajícího dne shromažďovat individuální zkušenosti. Jednotlivé děti mohou dosahovat vývojových stupňů podle vlastního vývojového tempa, mohou získat mnoho nových zkušeností. Zabráňuje se separování dětí ve specializovaných odděleních (Jeřábková, 1993).

*Důvody pro integraci a její cíle:*

- cílem výchovy u nás by měla být mezilidská integrovaná společnost
- všichni jsou si rovni – všichni jsou různí
- vzájemné zkušenosti, potřeba být akceptován a akceptovat, že druhí jsou jiní, je pro mravní utváření každého jedince nesmírně důležité
- začlenění postižených dětí mezi děti zdravé přináší nejen možnosti k odstranění či zmenšení defektů a jejich následků, ale i možnosti k zapojení se do společenství
- ve společném životě s nejrozličnějšími dětmi se rozvíjí individualita každého jednotlivého dítěte.
- každé dítě dává a současně i přijímá od druhých životní zkušenosti
- třeba se bude moje dítě lépe rozvíjet, bude-li vyrůstat společně se zdravými dětmi.
- moje dítě se má brzy naučit, jak jednat s postiženými dětmi
- spolupráce učitelek žije z individuality jedinců, každý musí ve výchovné praxi spoluutvářet a také spolurozhodovat (Jeřábková 1993, s.124)

### *Formy integrace*

Jednotlivé postižené děti v tradičních MŠ, kvantitativně má tato forma integrační tendence největší význam.

Úzká spolupráce mezi speciální MŠ a tradiční MŠ spočívá v častých návštěvách obou zařízení, ve společných akcích, oslavách svátků a vzájemných poradách. Tato iniciativa však většinou nedosáhla velkého účinku.

Spolupráce mezi různými skupinami zdravých a postižených dětí umístěnými v jednom zařízení, tato spolupráce je možná tehdy, existují-li v jednom zařízení skupiny postižených a skupiny zdravých dětí.

Integrační skupiny v „normální“ MŠ, vedle přijímání jednotlivých postižených dětí do skupin tradiční mateřské školy jsou podle místních potřeb a rámcových podmínek v některých MŠ zřizovány tzv. integrační skupiny zdravých a postižených dětí, aby byly vychovávány a rozvíjeny společně.

MŠ jako integrační zařízení, struktura tohoto zařízení je srovnatelná s integrační skupinou v tradiční MŠ a podobně jako tam i zde bývá zpravidla široké spektrum vyskytujících se postižení.

Různé formy v jednom zařízení, např. jedna nebo několik integračních skupin a vedle nich skupiny jen postižených nebo jen zdravých dětí. Přes přibližovací procesy integračních skupin se může vliv integrace rozšířit na celé zařízení (Jeřábková, 1993, s. 125).

#### **4.1.10 Socializace dítěte**

V širším slova smyslu socializací rozumíme celoživotní proces, kterým se lidský jedinec stává bytostí společenskou. V tomto nepřetržitém procesu se jedinec adaptuje na sociální prostředí, do něhož se narodil, ve kterém se žije. Včleňuje se do něj, přijímá společenské normy chování, životní styl, hierarchii hodnot atd. I v procesu socializace dosahuje dítě dospělosti, utváří si představu vlastního „já“, nachází vlastní sebepojetí a identitu dané společnosti.

Z úplné závislosti na svém sociálním prostředí v době po narození se dítě postupně vymaňuje, osamostatňuje a navazuje další sociální kontakty. Zařazuje se do skupiny vrstevníků, získává přátele, podílí se na tvorbě školního, později pracovního kolektivu, navazuje intimní vztahy, zprvu jen přátelské, později erotické a sexuální. V dospělosti pak zakládá novou rodinu, v níž předává další generaci svůj systém sociálních verzí a zkušeností.

V procesu socializace lidé dosahují určitého sociálního statusu, určité sociální pozice a přijímají odpovídající sociální roli. Sociální status a pozice závisejí na vrozených a získaných vlastnostech jedince. Z vrozených je to především genetická výbava (fenotyp), získané vlastnosti jsou ovlivněny činiteli přírodního, kulturního a společenského prostředí, mikro i makroklimatem, kde dítě vyrůstá.

Zatímco sociální status má povahu spíše trvalou, sociální role je proměnlivější, odpovídá dosaženému věku, ale i zdravotnímu stavu. Rolemi se realizuje účast jedince v dění společenského prostředí, jeho funkce v něm. Schopnost přijmout sociální roli je závislá též na nejrozličnějších omezeních vyplývajících z případných postižení, tělesných, psychických, smyslových, která přijetí role oslabují či dokonce znemožňují.

Zdravotní stav zásadním způsobem ovlivňuje sociální vývoj a postavení člověka. Sociální postavení člověka dokonale zdravého a výkonného je jiné než člověka chronicky nemocného, pohybově omezeného, žijícího s nějakou vadou či poruchou. Tělesný a sociální vývoj neprobíhá souběžně. Je to patrné zvláště v kritických obdobích po narození a v dospívání. Narozené dítě, ač biologicky zralé, je po stránce sociální nezralé, zcela závislé na obklopujícím sociálním prostředí, především na úzké sociální vazbě s matkou nebo osobou, která ji nahrazuje. Dívka 15 let stará bývá dnes natolik biologicky zralá, že může porodit zdravé dítě, není však sociálně zralá, aby se o ně mohla sama postarat.

Zatímco se tělesný vývoj dětí urychluje – tzv. sekulární akcelerace, vývoj sociální probíhá déle. Tělesná zralost „dospělost“ nastupuje dříve, sociální zralost „dospělost“ později. Zatímco každý jedinec dosáhne kolem 18. roku věku své tělesné dospělosti a jedinec v různém časovém odstupu i dospělosti sociální, osobě s postižením se to nemusí plnohodnotně podařit vůbec. Vždy zůstane, byť minimální míra sociální nesamostatnosti, závislosti. Úsilí samozřejmě směřuje k tomu, aby míra rozdílu mezi možnou dosaženou sociální zralostí a tou fakticky dospělou byla co nejmenší. V obecné rovině je nízká míra tohoto rozdílu dobrým ukazatelem kvalitní péče o osoby s postižením, tedy jisté zralosti společnosti a její dobré socializace či zdravotní politiky (Schneiberg, 1998)

#### **4.1.11 Handicap a jeho sociální dosah**

Handicap je nevýhoda, kterou má osoba s postižením oproti zdravému člověku, tedy také dítě s dětskou mozkovou obrnou oproti svým vrstevníkům. Nevýhodou jsou vlastně psychické a sociální důsledky původně narušené struktury či funkce organismu,

z níž plyne omezená schopnost či neschopnost (dysabilita). Na počátku DMO jsou drobná mikrotraumata CNS, z nich se rozvíjí různé formy paréz či plegií, smyslových a mentálních lézí, které omezují rozvoj, což znamená následek nevýhodu (handicap) spočívající v nemožnosti zařadit se plně mezi vrstevníky, navštěvovat běžnou mateřskou školu. Organické postižení tak vede ve svých důsledcích k různým sociálním omezením. Ta však postihují nejen samotného jedince, který může trpět pocitem méněcennosti, cítit se osamělý, segregovaný od společnosti, vrstevníků především, ale i jeho nejbližšího okolí. Rodina nemůže rozvinout všechny žádané společenské aktivity, musí stále počítat s péčí o handicapovaného člena. Matka zůstává s handicapovaným členem v domácnosti, rodině se snižuje ekonomická úroveň, finanční požadavky na rodinu se zvyšují. Handicapovaný jedinec je tak ekonomickým břemenem rodiny, je však i břemenem citovým, neboť k němu se váže pozornost, často až přehnaně, režim rodiny se mění podle jeho potřeb. Úkolem celospolečenské péče je handicapu zabránit či jej alespoň kompenzovat, to nejlépe na všech úrovních prevence. Primární prevence by měla zasahovat tak, aby porucha struktury či funkce vůbec nevznikla. Vznikne-li už porucha, je třeba už v rámci sekundární prevence rychle diagnostikovat a kompenzovat. Terciální prevence pak znamená odstranění či minimalizaci psychických a sociálních dopadů, což může zabránit vlastnímu handicapu.

#### **4.1.12 Děti se učí tomu, v čem žijí**

Žije-li dítě v prostředí výtek, naučí se odsuzovat.

Žije-li dítě v prostředí nepřátelství, naučí se útočit.

Žije-li dítě v prostředí posměchu, naučí se být plaché.

Žije-li dítě v prostředí zahanbování, naučí se cítit se provinile.

Žije-li dítě v prostředí tolerance, naučí se být trpělivé.

Žije-li dítě v prostředí povzbuzování, naučí se důvěřovat si.

Žije-li dítě v prostředí chvály, naučí se oceňovat.

Žije-li dítě v prostředí slušnosti, naučí se být čestné.

Žije-li dítě v prostředí bezpečí, naučí se věřit.

Žije-li dítě v prostředí spokojenosti, naučí se mít rádo.

Žije-li dítě v prostředí přátelství, naučí se být rádo na světě (Havlíková, 1995, s.125).

#### 4.1.13 Mateřská škola

Význam MŠ pro rozvoj dítěte lze shrnout dle Jeřábkové (1993, s.55) do několika tezí.:

- MŠ je formálně a obsahově institucí, která má velmi blízko k rodině, neboť přispívá k započaté výchově a vzdělání dítěte.
- MŠ představuje pedagogicky bohaté prostředí, jež doplňuje rodinu a přispívá k rozšiřování dětských zkušeností od dovršeného 3. roku až do vstupu do školy.
- MŠ se orientuje na hodnoty, zprostředkovává dětem prožitky potřebné k utváření celé jejich sociální osobnosti a otvírá jim možnosti poznání, které přispívají k rozvoji všestranně rozvinuté osobnosti.
- MŠ chápe hru jako pedagogický princip, který je nutný k obohacení dětských zkušeností a k zprostředkování možností věkově přístupného poznávání okolí.
- MŠ má také funkci připravit děti na školu. Uskutečňuje to zprostředkováním znalostí a dovedností dětí, čímž rozvíjí dětskou zvědavost a snahu dosáhnout úspěchů. Právě tato zákonitost je nutným předpokladem v procesu celoživotního poznání.

#### *Oblasti výchovně-vzdělávací práce MŠ*

- Sociální výchova a utváření osobnosti
- Náboženská a etická výchova
- Jazyková výchova
- Výchova myšlení
- Seznamování s okolím a věcmi
- Hravé zacházení, manipulování a tvoření
- Elementární hudební a pohybová výchova
- Rytmická výchova
- Tělesná výchova
- Dopravní výchova ( Jeřábková, 1993, s.58)

### *Docházka dětí do mateřské školy*

Důvody, proč dnes rodiče posílají děti do MŠ, je možno zásadně shrnout do dvou skupin:

*ekonomické* – matka je nucena nebo chce chodit do práce. V takovém případě často nestojí v popředí rodinných zájmů výchovně vzdělávací poslání MŠ, nýbrž její funkce opatrovatelská.

*pedagogické* – rodina si je vědoma toho, že rozvoj dítěte v té rozmanitosti, šířce i kvalitě, v jaké to uskutečňuje MŠ, je doma neuskutečnitelný. Tito rodiče chtějí vědomě využít pedagogickou nabídku MŠ, především možnost sociální výchovy ve věkově smíšených skupinách ( Jeřábková, 1993, s. 53 ).

#### **4.1.14 Vzdělávání**

##### *Školní zralost dětí s DMO*

Rozhodnutí o školní zralosti, o tom zda a do jakého typu školy je dítě schopné nastoupit, je otázka důležitá a často spolurozhoduje o celoživotním zařazení těchto dětí. Vyjdeme-li ze zjednodušené definice Šturmy, že „školní zralost znamená dosažení takového stupně vývoje, který umožňuje dítěti se zdarem si osvojovat školní znalosti a dovednosti“, musí dítě splňovat:

- věkovou hranici
- po pohybové stránce je třeba dořešit soběstačnost dítěte (docvičit chůzi, opatřit pomůcky k chůzi nebo zajistit bezbariérovou školu)
- základní psychosociální úroveň schopností (Komárek, Zumrová, 2000)

Podrobné neuropsychologické vyšetření se zhodnocením školní zralosti by mělo sloužit jako podklad vybrání vhodné školy pro dítě nebo k vypracování individuálního vzdělávacího programu. V průběhu školní docházky je třeba zajistit další sledování dítěte a spolupráci školy, rodiny i psychologů, podobně jako u jiných dětí s výukovými obtížemi (Komárek, Zumrová, 2000).

##### *Edukace dětí s DMO*

Mezi základní práva každého dítěte na naší planetě patří právo na vzdělání. Každé dítě je samozřejmě jedinečnou a neopakovatelnou bytostí, která se projevuje svými vlastnostmi, dispozicemi, zájmy, ale také rozličnými potřebami, resp. jejich uspokojováním. To se dotýká také oblasti vzdělávání. Výchovně vzdělávací činnost,

resp. vlastní proces učení, může být pro mnohé děti velmi náročný a způsobovat jim různé problémy. Specifickou skupinu tvoří děti s různými poruchami učení a děti se zdravotním postižením. Do této skupiny přirozeně patří také děti s DMO (Jankovský, 2001).

Děti trpí značnou frustrací, neboť je pro ně mnohdy nemožné dosáhnout cíle jejich aktivity. To je dostává zpět do pasivity s očekáváním pomoci od okolí. Děti pak potřebují pomoc téměř ve všech aktivitách (Kraus, 2005).

#### **4.1.15 Potřeby člověka**

##### **4.1.15.1 Model potřeb malého dítěte podle J. Langmeiera a Z. Matějčka**

*Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů.*

Takovým přívodem podnětů se organismu umožňuje, aby se „naladil“ na žádoucí úroveň aktivity. Pro člověka to znamená, že se nebude nudit, ani že nebude soustavně podněty přetěžován.

*Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.*

Říkáme tomu „smysluplný svět“. Naplnění této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které k nám prostřednictvím všech našich smyslů přicházejí, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Kdybychom totiž všechno dění ve svém okolí vnímali jen jako náhodné, vznikl by z toho chaos a ničemu bychom se nemohli naučit. Jde tedy o základní potřebu umožňující učení.

*Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů.*

Náležité uspokojení této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní uspořádání jeho osobnosti.

*Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty.*

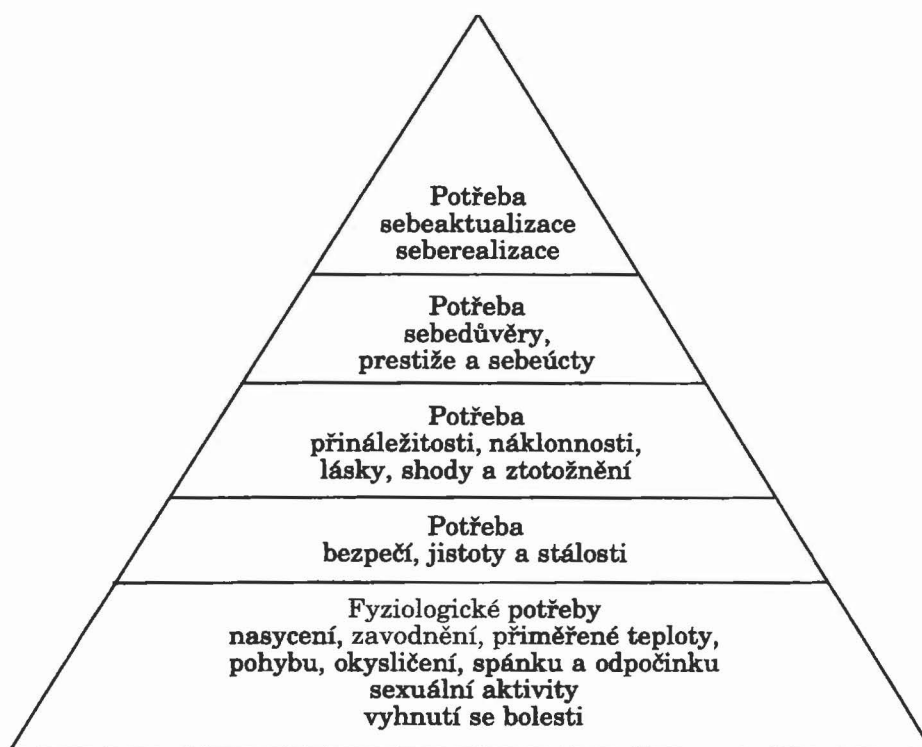
Z náležitého uspokojení této potřeby vychází zdravé vědomí vlastního já. Toto vědomí je podmínkou, aby si člověk mohl na své vývojové dráze osvojit užitečné společenské role a stanovit si hodnotné cíle pro svá snažení.

*Potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy.*

Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí, což přeloženo do psychologické řeči znamená rozpětí mezi otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí, mezi životním rozletem a zoufalstvím (viz Havlínová 1995).



#### 4.1.15.2 Maslowova hierarchie všeobecných lidských potřeb



Podle znázorněné hierarchie potřeb (na obrázku směrem zdola nahoru) můžeme přistupovat jak k předškolnímu dítěti, tak k jeho rodičům, tak ke všem ostatním (viz Havlínová, 1995).

#### 4.1.15.3 Čtverec potřeb pro každého dle Havlínové

<b>LÁSKA</b> náležet někomu	<b>SVOBODA</b> mít volbu
<b>VÝZNAM</b> být důležitý	<b>ZÁBAVA</b> prožívat radost

## 4.2 Muzikoterapie

Mnohé mezinárodně platné odborné lékařské názvy vděčí za svůj původ řečtině nebo latině. Tak je tomu i u muzikoterapie (dále MT). Řecké **therapie** znamená ošetřování, léčení, léčbu. Latinské **musice** znamená hudbu. Obdoba slova MT se najdou v řadě řečí (Linka, 1997). Třebaže termín MT čerpá ze slovní zásoby antických jazyků, není příliš dávného data. Dnes uplatňovaná definice MT jako léčení hudbou poskytuje jen velmi provizorní informaci. Tato definice vysvětluje pojem pouhým překladem jeho názvu a navíc je i neúplná, poněvadž zdaleka nepostihuje celý rozsah pojmu MT, jak je dnes prakticky míněn.

Pokorná (1982) rozlišuje čtyři stupně širšího pojetí MT:

1. V nejužším smyslu míní pod pojmem MT případy, kdy je MT specifickou formou psychoterapie při léčení duševních poruch, neurotických nebo psychotických, zejména při individuální psychoterapii nemocného, se zcela specifickým léčebným záměrem a se zcela specifickou terapeutickou metodou.

2. Poněkud širší obsah pojmu MT shledává u takového užití hudebních aktivit, zejména ve skupinové formě, kdy jako jedna z psychoterapií mají působit především na zlepšení sociálních vazeb pacientů, na usměrňování sebehodnocení, zařazení do kolektivu apod.

3. V dalším rozšíření pojmu MT chápe i takové zařazování hudebních aktivit do léčebného, častěji však rehabilitačního procesu, kdy využíváme jednak motivace, jednak mobilizujících prvků hudby. I zde je hudba užito se zcela určitým záměrem, ale je podstatně širší okruh použitelných hudebních skladeb nebo druhů hudebních aktivit.

4. V nejširším slova smyslu užívá názvu MT i u takových hudebních činností, které již nejsou léčbou, ale spíše psychohygienickým procesem, který využívá s určitým záměrem vlivu hudby na psychiku člověka.

Pokorná ve své práci navrhuje vyhradit termín MT jen pro výše uvedený nejužší možný význam (1), zatímco u širších pojetí nemluvit o MT, nýbrž o terapii hudbou. Linka tvrdí, že oba názvy říkají podobnými slovy v podstatě totéž, a proto by se k nim nepřikláněl jako k nositelům možného rozlišení.

#### 4.2.1 Historie muzikoterapie podle Šimanovského (1998)

##### *Pravěk*

Hudba a rytmus jako léčebné prostředky jsou lidmi používány od nepaměti. Původně byla hudba chápána hlavně jako forma komunikace s nadpřirozenými silami, jako způsob, kterým se lidé snažili zapůsobit na bohy a demony ve prospěch svého kmene, nebo určitého jedince. Byl to také způsob boje s úzkostí a s chorobami. Podle Schánilcové-Vodňanské je hudba u přírodních národů nezbytnou součástí denního konání, je součástí kultury, magických obřadů i léčení. Píseň je zde vždy funkční. Z primitivního způsobu magického léčení postupně vznikaly určité formy rituálů, jež se diferencovaly vzhledem k jednotlivým druhům onemocnění. Pozvolna se také vytvářely nové hudební nástroje a každý kmen si vytvářel vlastní osobité rituály odlišné od těch ostatních. Hudba, rytmus, zpěv a tanec v takových obřadech měly značnou dynamiku. Věřilo se, že hudba, kterou provozuje šaman, účinně zahání a vyhání z těla nemoci a zlé duchy. Některé národy dokonce měly pro pojmy hudba, tanec a zpěv jeden jediný výraz .

##### *Starověk*

Terapii hudbou znaly v podstatě všechny starověké civilizace. Ve Starém zákoně najdeme zmínky o vyléčení krále Saula z depresivních stavů za pomoci hry na harfu. V Egyptě už tři tisíce let před naším letopočtem plavili své nemocné po Nilu na loďkách za doprovodu uklidňující hudby, hrané na jednoduché nástroje. V Řecku uctívali boha Apollona jako boha hudby a jako dárce zdraví. Hudební terapií se zabývali i myslitelé jako byl Pythagoras, Platon , Aristoteles a můžeme je pokládat za přímé předchůdce muzikoterapie. Aristoteles razil pojem hudební katarze. Měl jím na mysli určitou formu uvolnění a odplavení zátěžových faktorů, stavů za doprovodu emocí. Důležitější je podle něj hudbu poslouchat než hrát. Pythagoras považoval hudbu za přímý odraz a projev harmonie řádu vesmíru. Platon zase upozorňoval na morální význam hudby ve výchově a vzdělávání. Uvedení myslitelé se zabývali také různým působením používaných modů. Dorské stupnici připisoval Aristoteles duchovní sílu a stupnici lydičské mimořádný vliv na děti. K doprovodu zpěvu byla za optimální nástroj považována lyra. Ceněna byla píšťala i flauta, kterou zavrhovali jen pythagorejci. Obecně se věřilo, že tóny kitháry napomáhají procesu trávení.

### *Středověk*

Po pádu říše římské tradice terapie hudbou v západní Evropě postupně upadá do zapomnutí. Z období středověku se zachovaly jenom ojedinělé zmínky o využití terapie hudbou, například při léčení tance svatého Víta (chorea minor). V křesťanství hudba sehrávala obecně uklidňující funkci v rámci různých církevních obřadů

### *Renesance a novověk*

V tomto období se muzikoterapie opět dostává spolu s dalšími vědami o člověku do centra pozornosti. Anglický lékař R. Burton se zaměřoval na využití hudby při duševních poruchách a francouzský lékař Ambroise Paré studoval možnosti působení hudby na chirurgicky léčené pacienty

### *17. a 18. století*

Jak dále uvádí Šimanovský (1998), v této době napsal anglický lékař R. Brocklesby první ucelenou publikaci o systému muzikoterapie. Na Slovensku žijící lékař I. R. Ambro napsal spis o léčení hudbou používaném v medicíně. Léčbě hudbou se v tomto období říkalo iatromusia a mezi základní principy tohoto oboru patřilo starořecké učení o harmonii kosmu, která se promítala za pomoci hudby do živého organismu.

Na konci 17. století vydal jezuita A. Kircher významné dílo *Phonurgia Nova*, v němž prezentuje názor, že existuje hudba dvojí: přirozená a umělá. Přirozená hudba obklopuje vesmír a umělá je ta, která představuje harmonické složení těla a jeho vnitřní fyziologické pochody.

E. A. Nicolai se zabýval somatickými reakcemi na poslech hudby, zejména změnami tepu a rytmu dýchání. Nicolai přiznává, že hudba může uvolňovat afekty, a tak terapeuticky působit.

V 17. a 18. století se tedy objevila profese, která byla přímým předchůdcem muzikoterapeutů – iatrohudebníci.

### *19. a 20. století*

V první. polovině 19. století žádná nová koncepce iatrohudby nevznikla, avšak v některých psychiatrických léčebnách se praktikovala léčba hudbou ve formě „aktivního zaměstnání za pomoci hudby“. Ve druhé. polovině 19. století se pak MT

nedařilo vůbec a téměř upadla v zapomenutí. Po druhé světové válce se však situace výrazně změnila.

### *Současnost*

Ve 20. století se prezentuje americká škola muzikoterapie, která je orientovaná sociálněpsychologicky a psychoanalyticky a zaměřuje se na problematiku chování. Švédská koncepce oproti americké pokládá MT za centrální obor psychologie, protože hudba dokáže proniknout do duše hlouběji a bezprostředněji než slova. K principům švédské školy se hlásí Norsko, Dánsko, Finsko a Island. V německy mluvících zemích reprezentují MT hlavně jména H. G. Jeadicke a F. A. Fengler. V Lipsku pracuje od roku 1969 sekce muzikoterapie, kterou založili Ch. Kohlerová a Ch. Schwabe. Zde byla vyvinutá speciální metoda MT spojená s terapií spánkem při neurotických poruchách. V r. 1971 byl založen německý Výbor pro MT a Společnost pro MT. Jejich vliv je možno zaznamenat v Holandsku, Španělsku, Švédsku a ve skandinávských zemích, ale i u nás. V Rakousku vzniklo r. 1959 výchovné a výzkumné muzikoterapeutické centrum. Ve Velké Británii založila J. Alvinová Britskou společnost pro MT a podobné společnosti byly založeny i v Kodani a Rotterdamu. V Paříži byl založen Muzikoterapeutický ústav r. 1969. Orientují se na terapii artismu u dětí, na pacienty s nevyjasněnou diagnózou a na skupinovou terapii psychotiků. V bývalém SSSR vznikla v r. 1927 na neurologické klinice v Moskvě metoda, jež vycházela z principů MT, autorem je V. A. Giljarovskij. V Polsku jsou MT centra v Krakově a ve Wroclavi, v Rumunsku v Kluži a v Predelu. V Maďarsku hlavně v Budapešti. MT na psychiatrických a neurologických odděleních u dětí, které překonaly mozkovou obrnu, u dětí s LMD, s poruchami řeči, sluchu, v geriatrických klubech a při léčbě alkoholismu využívali v Jugoslávii. V r. 1970 bylo D. Breitenfeldem v Chorvatsku založeno Muzikoterapeutické sdružení. Na Slovensku uplatňují terapeutické postupy v Bratislavě v psychiatrické léčebně Pezinok a dále v ústavu pro emocionálně narušené děti v Lubochni. Od roku 1968 se MT vyučuje na Institutu speciální a léčebné pedagogiky při FF UK v Bratislavě. V Bratislavě dále působí na psychologicko-výchovné klinice Z. Mátejová a S. Mašura. Zabývají se muzikoterapií dětí i dospělých s poruchami řečové komunikace. Dále se věnují dětem neurotickým, s LMD, s poruchami chování, mentálně retardovaným atd.

V České republice se začala MT užívat hlavně v Praze (v 60. letech 20. století), a to v psychiatrické léčebně v Bohnicích, na Foniatrické klinice M Seemana a

foniatrickém oddělení Logopedického ústavu pod vedením F. Kábeleho. Dále u nás působí např. J. Schánilcová-Vodňanská. Nejdříve působila v protialkoholní léčebně U Apolináře a později ve Středisku péče o mládež a rodinu. Jeden z dalších významných muzikoterapeutů je J. Krček dále P. Pokorná, I. Stressová (ve spojení s metodou psychodramatu), V. Mikula, S. Kratochvíl. Při Lékařské společnosti v Praze v současnosti existuje a aktivně pracuje sekce muzikoterapie.

Obecné povědomí a úroveň muzikoterapie ve světě i u nás roste zároveň s tím, jak se rozšiřují její možnosti a oblasti využití v praxi. U nás je odborně vzdělaných terapeutů jen několik. Obvykle pracují muzikoterapeuticky lidé se zájmem o tyto techniky. Vzdělávání u nás dosud není systematické. Existují jen výběrové předměty na FTVS UK a Pedagogické fakultě UK.

#### **4.2.2 Předmět, cíl a obsah muzikoterapie**

##### *Předmět muzikoterapie*

„Za předmět MT považujeme záměrné a systematické působení jednotlivých složek hudebního projevu výrazově umocněných prvky slovesného, dramatického, výtvarného a pohybového umění, na ohrožených, postižených a narušených jedincích“ (Mátejová, 1991, s.38).

##### *Cíl muzikoterapie*

„Cílem muzikoterapie je pomocí mnohotvárných, specificky působících výrazových prostředků pomáhat objektivně zlepšit nebo upravit celkový stav ohrožených, postižených a narušených osobností bez ohledu na věk, pohlaví, povolání a vzdělání“ (Mátejová, 1991, s.38).

##### *Obsah muzikoterapie*

„Pod obsahem muzikoterapie rozumíme systém mnohotvárných metodicky diferencovaných postupů, způsobů a prvků léčebně-výchovného působení uskutečňovaného prostřednictvím aktivních a receptivních činností“ (Mátejová, 1991, s.38)

#### **4.2.3 Druhy a rozdělení muzikoterapie podle Linky (1997)**

Podle toho, zda MT provádí hudbou ovlivňovaný jedinec sám na sobě nebo ji na něm uskutečňuje někdo jiný, rozlišujeme:

- hudební autoterapii - sebeléčba
- hudební heteroterapii - pacient a terapeut jsou dvě různé osoby

Z hlediska pacientovy účasti na terapeuticky motivovaném hudebním dění rozeznáváme MT:

- aktivní MT
- pasivní neboli receptivní MT

Rozlišení podle počtu pacientů:

- individuální MT - terapeut se věnuje pouze jednomu pacientovi
- skupinová MT - současně přítomno někdy až do dvaceti pacientů
- hromadná MT - větší počet osob

Méně často se v literatuře i praxi vyskytuje ještě další rozlišení druhů MT, např. MT vědomá a bezděčná, nebo MT jako ústřední anebo doplňkový zdroj léčby.

#### **4.2.4 Současné možnosti využití muzikoterapie v lékařství podle Linky (1997)**

V této kapitole se vychází spíše z přesného překladu: „léčba hudbou“ než z využití muzikoterapeutických metod a her.

##### *Prevence*

Ve funkci preventivního prostředku je možno MT využívat i u lidí zdravých, ale momentálně postižených, přepracovaných, deprimovaných, citově strádajících, osamocených, opuštěných, frustrujících, neklidných, nesoustředěných a dalších. Např. při prevenci burn-out syndromu. Jako prostředek duševní vyrovnanosti se MT uplatňuje u jedinců rozmanitě tělesně postižených, invalidních, silně slabozrakých nebo nevidomých, kde MT sice nezlepší daný fyzický stav, ale alespoň ochraňuje pacienta před případnými těžkými psychickými poruchami, jež by se časem mohly přidružit k somatickému onemocnění a z něho vyvinout. V gerontologii poskytuje MT vítané

rozptýlení a ušlechtilou výplň času, odvádí pozornost od stávajících obtíží a dává smysl životu, ve spojení s rehabilitací usnadňuje cvičení.

### *Diagnóza*

Hudby lze v lékařství použít i k určitým diagnostickým účelům. Při psychologických a psychiatrických vyšetřeních hudba navozuje ovzduší důvěry a napomáhá se přiblížit nesmělým, plachým, bojácným, nedůvěřivým, chorobně uzavřeným nebo nevyřečným pacientům. I mimoslovní pacientovy bezděčné reakce na hudební podněty dokreslují obraz onemocnění a z přiměřenosti reakcí lze usuzovat na pokročilost nebo druh choroby. Pro hudební diagnózu existují dokonce i speciální hudebně psychodiagnostické testy. Nevýhodou těchto testů je, že selhávají u jedinců nemuzikálních, ale jinak nevybočujících z rámce normality.

### *Terapie*

Ve vlastním slova smyslu léčebně se hudby využívá především v psychiatrii, pediatrii a dětské psychiatrii. Uplatňuje se při odstraňování neuróz a funkčních poruch (Schwabe, 1987), psychogenně podmíněných pohybových defektů, koktavosti či zajíkovosti a dalších vad řeči u dětí i dospělých osob, dyslektického čtení a dysgrafického psaní, vývojové opožděnosti, mentální retardace, rozličných zlovyků, u dětí spastických, instabilních aj., dále při léčbě autismu, agorafobie, klaustrofobie, některých psychóz a dalších onemocnění. MT byla užita i při léčbě Alzheimerovy nebo Parkinsonovy choroby, srdečních arytmií aj.. Nezřídka bývá hudební léčba kombinována s jinými psycho- a v širším slova smyslu arteterapeutickými technikami, se spánkovou terapií, sugescí, hypnózou, ale i s fyzikální nebo medikamentózní léčbou.

Podle Linky (1997, s.85) hudba vcelku léčí několika způsoby, jež se mohou navzájem prolínat a kombinovat:

- esteticky, náladotvorností, citovou působivostí, naladěním (přeladěním) psychiky.
- akusticky - jako nositelka určitých potřebných tónových frekvencí.
- jako druh činností terapie - léčby zaměstnáním
- společensky - jako záminka mezilidského kontaktu.
- Sugestivně- vědomí „Jsem léčen“ už samo přináší určité zlepšení.



### *Analgetická funkce*

Hudební nebo zvukové podněty vhodného druhu odvádějí pozornost od bolesti i přímo snižují bolest, čehož se využívá v chirurgii, stomatologii, gynekologii a porodnictví, kde hudba zároveň plní i funkci uklidňovací, zklidňující. Posláním hudby v chirurgii je zmírňovat pacientovy předoperační obavy, usnadňovat narkózu, tlumit pooperační bolesti, napomáhat srůstu zlomenin a pooperačních jizev a u některých beznarkóзовých zákroků také uklidňovat pacienta.

### *Některé další možnosti využití*

- rehabilitace
- rekonvalescence
- stimulace duševního výkonu atd.

MT není jediným případem upotřebení umění v lékařské praxi. Paralelami k MT jsou medicínská využití jiných druhů umění, buďto s ní kombinovaná, anebo uplatňovaná nezávisle na ní: *biblioterapie* – léčení četbou vhodných knih a textů, *ikonoterapie* – léčení vnímáním obrazů, *psychodrama* – symbolické přehrávání pacientových někdejších traumatických zážitků, tentokrát s kladným vyústěním, *teatroterapie* – léčba divadlem, *choreoterapie* – léčba tancem, *arteterapie* – v užším slova smyslu léčebně motivovaná i orientovaná vlastní výtvarná aktivita pacientů.

#### **4.2.5 Současné využití muzikoterapie v rámci speciální pedagogiky**

Zde hraje hudba většinou jen menší roli. Jde o neméně účelné postupy než v lékařství. Hudba se sice také uplatní, ale v podstatě skromnějším měřítku, někdy i jen zcela minimálně. Jde o rozličné důmyslné i funkční muzikoterapeutické hry, u nichž jsou akcentovány spíše obecně psychoterapeutické než specificky muzikoterapeutické aspekty. Hudba se zde často omezuje na jednoduché popěvky, říkankové melodie, jednoduché rytmické projevy atd. Hudební složka je zde namnoze jen záminkou.

#### 4.2.6 Oblasti uplatnění muzikoterapie

##### *oblast vad a poruch duševních*

- psychopédie (MT u dětí s poruchami rozumového vývoje)
- etopédie (MT k prohlubování citové a morální sféry).

##### *oblast vad smyslových*

- logopédie (MT k odstraňování poruch řeči),
- tyflopédie (hudební aktivity při výchově a výuce slabozrakých a nevidomých).

##### *oblast vad a poruch tělesných*

- somatopédie (zařazování hudebních aktivit při zabraňování vzniku defektivit, dále např. hudba při rehabilitačním cvičení.) (Linka, 1997, s.40).

Do oblasti vad a poruch tělesných bych dále zařadila ovlivňování psychické pohody a to z hlediska podpory sebedůvěry, vytváření pocitů sounáležitosti se skupinou (aby se děti cítily jako plnohodnotná část celku). Dále bych sem zařadila podporu rytmizace, která dětem s tělesným postižením chybí jak v motorickém projevu, tak v řeči.

### 4.3 Hudba

#### 4.3.1 Účinky hudby na člověka

Hudba je druh umění. V širším, obecnějším smyslu, slovo umění znamená jakoukoli dovednost. V užším smyslu se uměním míní jen tak řečená krásná umění s prvořadou estetickou funkcí. Podle relativně větší spotřeby prostoru nebo času se tato umění tradičně dělí na umění (Linka, 1997):

- *prostorová* - výtvarná, a to jednak dvourozměrná - plošná: malba, kresba, grafika, výtvarná fotografie, apod., jednak trojrozměrná: sochařství, plastika, umělecká keramika, architektura atd.
- *časová* - muzická: poezie, beletrie, hudba, rétorika aj.,
- *časově – prostorová*, čili prostorově časová: drama, opera, opereta, muzikál, balet, pantomima, scénický melodram, ale i film, televizní inscenace apod.

Materiálem hudby jsou především tóny, ale i jiné hudebně používané zvuky (obecně): šramot, šelest, lomoz apod.. K hudbě patří i pomlky, neboť i s nimi jakožto s nulovou hodnotou je nutno v hudbě rovněž počítat. Obvykle se však hudba zjednodušeně charakterizuje jako umění tónů (Linka 1997).

Podle Janečkovy klasifikace (viz Linka 1997) má hudba tyto stránky: melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu, dynamiku, agogiku (tempo) a metrum (druh taktu)

Někteří mysticky založení hudebníci přirovnávají první tři stránky hudby k jednotlivým lidským mohutnostem: melodii k citu, harmonii k rozumu a rytmus k pudové oblasti. Jde samozřejmě o přirovnání značně zjednodušené, uměle vykonstruované.

V životě člověka má hudba celou řadu funkcí. Její hlavní prvořadá funkce je estetická. Všechny ostatní funkce hudby (včetně případné funkce léčebné) jsou přídatné, druhotné (Linka, 1997).

Hudba mívá na člověka mocný citový vliv. Působí náladotvorně, ovlivňuje lidskou psychiku (Linka, 1997). Motorické stránky hudby (rytmus, metrum, tempo, agogika) mívají vliv i na rozhodování a jednání člověka. Tímto vlivem je podmíněna existence a specifická funkce pochodové a taneční hudby, skandování, natřásání, rytmické poklepávání, pleskání, luskání prsty, podupávání a jiné gestické projevy posluchačů při znějící motoricky výrazné hudbě. Hudba provází člověka od narození. Matčin zpěv poskytuje dítěti pocit bezpečí, jistoty a ochrany. Reagování na rytmus lze u dítěte sledovat ještě před narozením: plod žije pod vlivem tlukotu matčina srdce. Předpokládá se, že též existuje vztah mezi rytmem lidského těla a rytmem hudby. Spousta autorů uvádí, že dítě i v prenatálním stavu svým způsobem reaguje na hudbu již jeho matka provozuje nebo již matka naslouchá.

Účinky hudby mohou být nejen rozmanité, ale někdy i protichůdné u různých jedinců, anebo i u téhož jedince v různých obdobích (Linka, 1997). Citové působivosti a bezprostřední náladotvornosti hudby bylo odpradáвна využíváno k navození potřebné atmosféry při obřadech, ceremoniích a společenských událostech nejrozličnějšího druhu (Linka, 1997). Hudba vyvolává četné představové asociace, často velmi pestré a spleťité, mnohdy příjemného obsahu a vždy se silným emocionálním nábojem. Také bezprostřední citové reakce dětí tohoto věku na hudbu jsou velmi intenzivní a hluboce se vrývají do paměti dětí, takže hudební zážitky získané v dětství působí i v pozdějším věku na jejich citový vztah a celkově postoj k hudbě. Přitom tyto reakce je možno do jisté míry ovlivňovat a správným směrem zaměřovat (Holzknechta, 1969).

Ke zvláštnostem hudby patří její naléhavost, někdy až dotěrnost. Její vnější příčinou je už sama nemožnost uvést jednoduše v dysfunkci sluchový receptor, vypnout jej. Nechceme-li se na něco dívat, stačí zavřít oči nebo si je zakrýt, kdežto ochrana před nežádoucími akustickými podněty tak snadná není. Muzikálnější vnímatel nedovede hudbu poslouchat nezúčastněně. Buď přijme její náladu, ztotožní se s ní, nebo ne. Ve druhém případě jej hudba, z jejíhož dosahu se nelze vymanit, značně rozčiluje a neurotizuje (Linka, 1997).

Podle Pavlovské (1980) hudba značně přispívá k všestrannému rozvoji osobnosti, svojí ušlechtilostí podstatně ovlivňuje celkové chování dětí, jejich postoj k práci, ke kolektivu a k životu vůbec.

#### **4.3.2 Příliš hlučná hudba**

Dlouhodobá přílišná hlasitost, a to ať už jde o bigbeat nebo hudbu vážnou, škodí sluchovému orgánu a zdraví vůbec. Uvádí se, že v extrémních případech může hluk i zabít. Lze se jistě vžít do mentality zejména mladých konzumentů takové hudby, kterým její produkce, interpretace, reprodukce a recepce působí potěšení. Patrně jim dává pocit seberealizace a sebevyjádření, naplnění, odreagování, náhrady za cosi chybějícího. Odpovídá jejich postoji ke světu, může znamenat únik, vnitřní emigraci, vyjadřuje revoltu, manifestuje sebevědomí, sílu, mužnost a tvrdost (Linka, 1997). Recipient se sluchátky na uších si připadá dobrovolně izolovaný od vnějšího světa, ba chráněný před vnějším světem, často jakoby cizím. Na druhé straně třeba na diskotékách, skupinových večírcích a zábavách vyplňovaných touto hudbou má její vnímatel naopak zase pocit sounáležitosti s ostatními přítomnými, pocit příslušnosti k davu, takže hudba zde zprostředkovávaná působí v odpovídajícím vybraném prostředí jako společenské pojítko, tmel, skupinová motivace.

Sluchový orgán, který je přirozeně nastaven na mnohem nižší průměrnou hlasitostní hladinu, se na déletrvajícím nadbytečném hluku akomoduje, přizpůsobí se daným skutečnostem a sníží svou vnímavost, citlivost a rozlišovací schopnost. Nadměrností podnětů degeneruje. Chronické holdování hluku poškozuje nejen sluchový orgán, vyvolává nežádoucí otřesy organismu a má otupující účinky. Nezřídka vede k hrubosti a necitlivosti v chování. Hlučná hudba podněcuje agresivitu při konfliktních situacích, působí proti soustředěnosti, u řidičů zvyšuje bezohlednost při jízdě. Podle některých zpráv hudba charakterizovaná dunivými basy a nadměrností bicích, zdravotně nesvědčí nejen lidem, ale ani zvířatům a rostlinám (Linka, 1997).

Jestliže lze vznášet proti inkriminované příliš hlučné hudbě výše uvedené a eventuální další výhrady, lze jí přičíst k dobru alespoň to, že svým fanouškům poskytuje potěšení, sice zdravotně problematické, nicméně přece jen potěšení, takže tato hudba pak má přece jen jakýsi smysl.

#### **4.3.3 Nadbytečná hudba**

Jestliže je posluchačům vnucována jako nezvaný host hlučná hudba a proti naší vůli nás provází na každém kroku, pronásleduje nás a obtěžuje. Nejde zde jenom o zdravotní újmu, nýbrž i o újmu zážitkovou, čímž je eventuální zdravotní újma ještě umocňována. Zejména větší města, resp. jejich centra bývají nadbytečnou hudbou přímo prosycena. Do ulice náraz zaznívají různé skladby téhož nebo příbuzných žánrů z různých prodejen, provozoven, bufetů a restaurací, do toho se mísí hlasy pouličních zpěváků a hudebníků, což všechno jen posiluje nervozitu moderního životního shonu. Všude tam, kde se nám hudba vnucuje, útočí na naši soustředěnost a vyrovnanost, člověk nemůže poslouchat hudbu nezúčastněně, musí se s ní citově ztotožnit, jestliže se však proces citové identifikace se znějící hudbou s rozmanitých příčin nemůže uskutečnit, má to neurotizující účinek, hudba působí jako stresor. U některých hudbou a zvukem příliš pronásledovaných lidí se může časem vyvinout až jakási fonofobie, strach ze zvuku.

Všude tam, kde se hudba stala odpadem a rušitelem klidu, se dá užít termín prof. I. Poledňáka „akustický smog“ zahrnující ovšem vedle rušivé hudby i nežádoucí hluk mimohudebního původu. Asi současně s nástupem tohoto termínu se vynořil i pojem hudební ekologie (Linka, 1997).

#### **4.3.4 Hudba a řeč**

Při porovnání hudby a řeči musíme vycházet z jejich společných znaků. Především je to jejich společný zvukový základ. Hudba i řeč jsou vázané na zvukové signály, a proto jsou hudba i řeč v mezilidských vztazích akustickým dorozumíváním, akustickou komunikací. Hudba a řeč používají nejen stejná akustická média, ale mají i společné orgány produkce a přijímání signálů. Sluchové vnímání a zpracování těchto signálů se dá okamžitě přemístit do vizuálněmotorických vzorců a naopak. Schindler (1962) pokládá vokální složku hudby za bezprostředního předchůdce řeči.

Ontogenetický vývoj dítěte také svědčí o tom, že muzikální vyjádření je starší než řeč. Kojenci a malé děti umí zvukově vyjádřit melodii dříve, než se naučí mluvit. Nejdříve se dítě ale naučí poslouchat, potom následuje muzikální fonace a teprve potom se učí artikulovanou řeč. Tvrzení o prvenství muzikálních elementů podporuje i patologické vymizení funkce, které se vytváří nejpozději, podléhají patologickým poruchám první (Matějová, 1991). Řeč, která se vyvinula jako poslední, při funkčních poruchách centrálních mozkových oblastí, podléhá poruchám dříve než fonace se svými muzikálními složkami.

Mnoho autorů pokládá komunikaci prostřednictvím hudby za emocionální komunikaci, za odrážení emocionálních a citových stavů. Společné akustické a výrazové elementy řeči a hudby jsou rytmus, melodie, harmonie, hlasitost, dynamika a přízvuk. Melodie je nejnositelším činitelem hudby a vyjadřuje obsah a psychické rozpoložení člověka. Harmonie řeči je dynamický proces vázaný na různé situace převážně emocionálního charakteru, ve kterém se mění rytmus, tempo, melodie i zabarvení zvuku řeči. Normálně stavěná řeč disponuje bohatou výrazovou stupnicí, která je totožná s dynamickým charakterem hudební trojdimenze - rytmus, melodie, harmonie (Matějová, 1991).

Vzhledem k mému zaměření diplomové práce bych se podrobněji zmínila o rytmu.

#### **4.3.5 Rytmus**

„Rytmus je členění přirozeného pohybu do pravidelných úseků“ (Vrkočová, 1996, s.165).

Základní životní problém osob postižených DMO je trvalé porušení rytmu tělesných i duševních funkcí, zejména pohybového a mluvního rytmu (Kábele, 1988). V pohybovém projevu těchto dětí se projevuje porucha rytmizace horních i dolních končetin. Hlavním úkolem pohybové léčby a výchovy je nácvik samostatné, pokud možno správné, plynulé a rytmické chůze. Co se týče horních končetin, klade si rytmizace za úkol lepší osvojení plynulého pohybu a základních pohybových dovedností. Úprava rytmu řeči souvisí hlavně s úpravou dechu a úpravou artikulace. Rytmizace hybnosti a řeči je tedy jeden z cílů ucelené rehabilitace.

Člověk je chodícím komplexem rytmů. Vrozené endogenní rytmy má člověk v hojném počtu již při narození. Projevují se zřetelně v činnosti srdce, v dýchání, v peristaltice střev, cév, neurony v mozku si vyměňují elektrické vzruchy v určitých rytmech (Marek, 2000).

Pohybový rytmus je však jev nejen biologický, nýbrž i společenský. Na rozdíl od nižších tvorů si člověk své pohybové rytmy uvědomuje a více nebo méně výrazně je vnímá. Tím získává možnost je ovlivňovat, rozlišovat, zpřesňovat a obměňovat. Právě tak jako v řeči, zvláště v umění básnickém, dramatickém a hudbě, vytvářejí se stále nové pohybové rytmy i ve výtvarném umění, v pohybové sportovní i pracovní činnosti (Kábele, 1988).

Vliv rytmu na pohybovou činnost člověka a jeho příznivé působení na nervovou soustavu a tělesný i duševní stav je znám již odedávna. Rytmus, tempo a dynamika jsou podstatnými znaky pohybu a dávají mu charakteristický ráz. Význam pohybového rytmu pro lidský organismus spočívá v možnosti rytmického střídání napětí a uvolnění, činnosti a odpočinku, práce a zotavení, vydávání a opětovné načerpávání energie. Bez tohoto střídání by byl organismus velmi rychle unaven a další činnosti neschopen (Kábele, 1988).

Rytmus hraje významnou úlohu i v hudbě a řeči. Stejně jako správné umístění dynamického přízvuku a dynamické změny v rytmu vytvářejí charakter každého národního jazyka. Produkce hudby a řeči není myslitelná bez rytmu. Nejenom ucelená myšlenka vyjádřená větou vytváří logický celek, ale i každé slovo má svůj osobitý charakteristický rytmus. Specifickými vlastnostmi rytmu se zabýval mimo jiných autorů hlavně Carl Orff, o kterém se budu dále zmiňovat.

#### **4.3.6 Poslech a výběr hudby**

Receptivní (poslechová, pasivní) MT (dále RM) může být uskutečňována poslechem jednak živě hrané hudby, jednak reprodukované, a to zejména z hudebních konzerv (gramofonových desek, kazet, videokazet, CD apod.), popřípadě i prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků (rádio, rozhlas, televize, biograf apod.). Živě hraná hudba má výhodu společenského zážitku a uplatnění vizuální složky interpretace. Někteří jedinci zase dávají přednost raději hudbě reprodukované. Upřednostňují poslech reprodukované hudby pro větší soustředění na samotnou hudbu, nerušenou optickými vlivy, větším pohodlím vnímajícího jedince, možnost ovlivňovat hlasitost, kdykoli nahrávku zastavit nebo vrátit a poslechnout si znovu zajímavé nebo oblíbené místo.

Reprodukce umožňuje spojovat s vlastní nahrávkou doplňující akustické podněty. Patří k nim jednak sugestivní mluvené slovo, které je uplatňováno v rozhlase. Zvláštní případ znamená sugescie pod prahem slyšitelnosti. Dále mohou být



k reprodukováné hudbě snadno připojovány náladotvorné a jinak motivované mimohudební zvuky přírodního nebo elektroakustického původu. Jako mocný náladotvorný prostředek je ptačí zpěv. K ptačímu zpěvu měli hudebníci odedávna vřelý vztah, ať už šlo o zpěv přirozený nebo imitovaný.

Mezi aktivní a receptivní MT není pevná hranice. Např. zatímco někteří jedinci hrají, jiní poslouchají. Anebo týž jedinec chvíli poslouchá a posléze se připojí k ostatním. Receptivní muzikoterapie je však z hudebního hlediska pasivní. Nevylučuje však současné jiné aktivity: malování, pohybové kreace, hra s loutkami a maňásky a mnoho jiného. (Linka, 1997).

Častá otázka, co se týče receptivní MT je ta, jaká hudba se hodí pro tuto formu MT. Co se hodí pro jeden případ, totiž nemusí být vhodné a účinné v případě jiném. Představitelé americké školy už před lety usilovali o vybudování „hudební farmakologie“, jež by byla obdobou farmakologie v doslovném, nepřesném smyslu, avšak dosáhli v té věci jen dílčích úspěchů. Hodně terapeutů dnes vychází z empirie a ze svých vlastních vědomostí o hudbě.

Při výběru hudby je nutné přihlížet k osobním vlastnostem léčených jedinců. Dá se říci, že se hodí téměř každá hudba, jenže zdaleka ne pro každého a také na vždy. Záleží tedy: komu, kdy, kde, za kterých okolností a k jakému účelu je určena. Mnozí autoři doporučují, aby používaná hudba byla bez zpívaného textu, jehož pojmově logický význam údajně snižuje bezprostřednost emocionálního zážitku. Někteří terapeuti dávají přednost skladbám známým. Při poslechu známé skladby má jedinec pocit důvěrnějšího hudebního oslovení. Výhodou skladeb obecně méně známých nebo neznámých je větší novost, neotřelost a nečekanost zážitku.

U receptivní MT se obvykle doporučuje, aby při ní nedocházelo k častému střídání nálad v rámci jednotlivých sezení (Linka, 1997).

#### **4.4 Nonverbální komunikace v muzikoterapii**

Člověk disponuje artikulovanou řečí, která mu umožňuje vyjadřovat se v pojmech. Dalším a častým prostředkem dorozumívání je nonverbální komunikace. Určitým druhem „jazyka beze slov“ je hudba. Jde hlavně o hudbu, která není podložena textem. „Jazykem beze slov“ jsou také různé symboly (státní vlajky, dopravní značky atd.). Dorozumět se beze slov umožňuje člověku i posunek, gesto, mimika, grimasa a další projevy, které bývají často velmi výmluvné. Za nonverbální komunikaci



považujeme i různé zámlky, pokrčení ramen a gesta rozličného emocionálního zabarvení.

Mluvená řeč má stránku jednak logickou, jednak emocionální, vyjádřenou intonací a tempovým spádem řeči. Jednu a tutéž větu lze pronést s mnoha výrazovými odstíny. Tato dvojí stránka řeči umožňuje získat určitou informaci v jazyce, kterému nerozumíme. Obě stránky mluvené řeči mohou být v záměrném nebo neúmyslném rozporu.

Literatura zprostředkovává jen artikulační stránku řeči a její melodicko - rytmický spád supljuje kontextem. I rukopis má svoji nonverbální expresivitu. Jde o jeho úpravu, souvislost, rytmus apod. Ve 20. století se uplatňuje fonická poezie, která pracuje s lidským hlasem zbaveným pojmově logické informace, což není výjimkou i u konkrétní hudby. Tato poezie se snaží využívat jenom citových signálů lidské řeči: nádechu, povzdechu, výdechu, šepotu, smíchu, pláče, akcentu apod.

Nonverbální komunikace mystického druhu se využívá v baletu, zejména moderním, v pantomimě a v činoherním, operním, operetním, muzikálovém, filmovém a televizním herectví.

Základem muzikoterapeutické nonverbální komunikace prostřednictvím nástrojů (nejčastěji bubínku) je vyjadřování nějakého citového poselství, jež si člověk přeje ostatním sdělit. Vyluzuje se zvuk pomocí nástroje aniž by se k tomu dotyčný verbálně projevoval. Po odeslání několika takových depeší by měl dotyčný ostatním sdělit, co tím míní. Ostatní se na druhé straně vyjadřují, co ze sdělené reprodukce cítili, pochopili. Pokud jde o emocionální poselství, zdá se až neuvěřitelné, kolik výrazových odstínů při hře na idiofonické a membranofonické nástroje lze docílit. Odesílatelem i příjemcem zvukových depeší může být kdokoli z přítomných i terapeut. Ve skupinové terapii bývá adresátem většinou celá skupina.

## **4.5 Složky aktivní části muzikoterapie**

### **4.5.1 Složka vokálního projevu**

#### **4.5.1.1 Vokální projev obecně**

Na pozitivní psychické a somatické účinky zpěvu poukazovali mnozí autoři už i v minulosti. Vokální složka představuje přirozený způsob spontánní psychické a somatické aktivizace osobnosti v každém věkovém období. Pro svoje vysoko stimulační i relaxační účinky je složka vokálního projevu zabudována do programu MT se širokým indikačním zaměřením.

Při skupinovém spontánním zpěvu jsou účinné faktory, které mobilizují emocionální sílu člověka a společným zážitkem ho přivádí k sociálnímu kontaktu. Skupinový zpěv přirozeným způsobem orientuje jednotlivce na skupinu, umožňuje jeho začlenění a vyvolává pocit seberealizace. Mnoho autorů považuje zpěv za metodu regulace procesu dýchání, fonace a artikulace. Zpěv příznivě působí na vývin hlasu a napomáhá budovat plynulou a neporušenou řeč, protože hudba by měla u dětí vychovávat cit k aktivnímu vnímání rytmu. Podle Marka (2000) harmonický zpěv je jakýmsi dokonalým a velmi intenzivním relaxačním cvičením, velmi intenzivním dechovým cvičením, cvičením pro dokonalé uvolnění hlasivek.

Podle Holzknecht (1969) je u dětí zpěv nutno zvažovat, protože všechny hudební schopnosti, a to hlavně zpěv, vznikají a rozvíjí se jen hudební činností, a to takovou, která nutně tyto schopnosti vyžaduje a která se bez nich nedá provádět. Zpěv je dětem nejpřístupnější a nejbližší. Dále tvrdí, že kořeny úspěchu nebo naopak neúspěchu při rozvíjení zpěvnosti a hudebních schopností vůbec je třeba hledat v předškolním a mladším školním věku.

#### **4.5.1.2 Vokální projev v muzikoterapii**

Při aktivní muzikoterapii (dále AM) se vychází z daných možností a schopností členů. Při AM se velice často pro svoji známost, užívají zlidovělé nebo lidové písně. Časté je také užití známých umělých písní různého žánru. V AM se kombinuje skupinový zpěv se sólovými projevy. Ve skupinovém zpěvu je výhoda anonymity. Sólový zpěv vyžaduje zodpovědnost za svoji samostatnou produkci. Vokální složka MT se snaží odbourat zafixované zábrany, přeladit osobnost. Snaží se poskytnout každému

nějakou pozici ve skupině. Specifické účinky zpěvu napomáhají skupinu sjednotit, integrovat, aktivizovat a povzbuzovat.

#### **4.5.1.3 Vokální projev u dětí s DMO**

Používání vlastního hlasu je u každého dítěte s DMO vrcholně důležité. Při zpěvu nebo hře na hudební nástroj nejde jenom o fyzický proces, ale i o navození cílevědomého emocionálního působení (Mátejová, 1991). Výběr písní pro ohrožené a postižené děti volíme tak, aby písně byly působivé a zajímavé jak z hudební, tak z obsahové stránky. Měly by mít jednoduchou a přitažlivou melodii, živé tempo, přiměřenou délku a vhodný tónový rozsah. Slova by měla být jednoduchá, aby se dala lehko vyslovit a zapamatovat. Vhodné jsou také písně, které se dají dramaticky vyjádřit (Mátejová, 1991). Zpěv u těchto dětí mimo výše uvedených vlivů představuje také formu aktivní relaxace psychického napětí, snížení úzkosti a nejistoty.

#### **4.5.2 Instrumentální projev**

Instrumentální projev z hlediska MT chápeme jako dotvářející složku vokálního, hudebně- pohybového a řečového projevu. Instrumentální složka, kterou ve svém melodickém systému všestranně rozpracoval C. Orff, umožňuje mnohotvárné aktivní zapojení do procesu vytváření elementárních forem hudby. Instrumentální složka Orffova melodického systému se v MT uskutečňuje dvěma výrazně odlišnými způsoby:

- způsob „hry na tělo“
- způsob elementární instrumentální improvizace (Mátejová, 1991)

##### **4.5.2.1 Hra na tělo**

Hru na tělo lze považovat podle Holzknacht (1969) za jakýsi praelementární nástrojový doprovod. Hrou na tělo myslíme různé tleskání, pleskání, dupání a luskání prsty. Díky dotykům na vlastní tělo přenáší dítě návyky šetrného zacházení na citlivou manipulaci se svým tělem a následně i nástroji. Způsob hry na tělo je možné aplikovat jako rytmický doprovod při vokálním projevu. Dále se dá použít jako prostředek rytmické komunikace v některých hudebně-pohybových hrách. Uvádí se, že samotné tleskání navozuje správnou frekvenci dýchání, rozvíjí se motorické schopnosti a jde o specifický způsob seberealizace.

Na závěr lze říci, že z výše uvedeného vyplývá, že se hrou na tělo rozvíjí nejenom akustická, rytmická, motorická, taktilní a vizuální vnímavost, ale dochází i ke zvýšení stimulace pozornosti, rozvinutí představ a fantazie (Mátejová, 1991).

#### **4.5.2.2 Orffův instrumentář**

Při muzikoterapii se týká instrumentální hra nebo spíše hra s nástroji převážně užití různých nástrojů Orffova instrumentáře. Hra na orffovské nástroje nevyžaduje dovednosti jako je tomu u zvládnutí hry na klasické hudební nástroje. Hra bývá často spojena s hudebně pohybovou hrou. Nástroje Orffova instrumentáře nebyly původně určeny pro muzikoterapii, ale postupně se jejich užití osvědčilo. Je tomu tak zejména proto, že hra na tyto nástroje sama není účelem, ale prostředkem. Touto hrou může člověk vyjádřit své pocity, prožitky, konflikty apod., a tím se s nimi vyrovnávat formou nonverbální, i případně s následnou verbální výpovědí.

Pokud jde o improvizaci na orffovské nástroje v rámci muzikoterapie, nedá se očekávat nějaké estetické dílo. Většinou toho nejsou ani tyto nástroje, ani účastníci muzikoterapie schopni. Hodnota takové improvizace spočívá především v individuálním subjektivním emocionálním prožitku, který je s touto aktivitou spojen. Společná improvizace pak podporuje vytváření sociálních vztahů mezi jednotlivci nebo mezi jednotlivcem a skupinou, navozuje společné prožívání emocí podněcených společnou hrou.

Tyto nástroje jsou převážně bicí, což umožňuje jejich snadné ovládání. Jen metalofon, xylofon a zvonkohry jsou melodické a s přesně určenou výškou tónů. I na tyto nástroje se hraje úderem paličkou. Ozvučná dřívka jsou velmi užívaná a mají také nejrozmanitější použitelnost. Čím menší plochou se dřívka dotýkají, tím lépe znějí. Dalším velmi dobře použitelným nástrojem jsou prstové činelky. Mají jemný zvuk, a je možno s nimi hrát jak jedním proti druhému, tak rozezvučením okrajů o sebe. Stejně tak dobře ovladatelný je triangel. Má velmi jasný a pronikavý zvuk. Pro napodobení různých zvuků jako kapky deště, liják i jiných přírodních zvuků je vhodný nástroj tamburina. Velmi užitečným nástrojem v muzikoterapii jsou bubínky. Pomocí bubínků se dá dobře vybit vnitřní napjetí, uvolnit se. Velkým kontrastem je jemný zvuk melodických nástrojů xylofonu a metalofonu.

### **4.5.3 Složka pohybového projevu**

#### **4.5.3.1 Pohyb obecně**

Druh a množství pohybu jsou rozhodujícím činitelem, na kterém závisí náš zdravotní stav. Z mnoha funkčních oblastí lidského organismu lze pohyb ovlivnit nejsnadněji. Dá se jím rozvíjet mnoho orgánů a funkčních okruhů těla a uchovávat je aktivní na dlouhou dobu. Pohybu je u člověka možné dosáhnout třím způsobem. Můžeme ho vyvolat působením vnější síly (člověk je pasivní, pohyb jeho částí těla vykonává například fyzioterapeut). Pohyb je možné vyvolávat jako reakce na podnět reflexní pohyb. Třetí způsob pohybu je pohyb vyvolaný vlastní vůlí, uvědomělou aktivací nervosvalových tkání. Jaký efekt má který pohyb na psychiku zdravotně postižených, individuálně závisí na druhu postižení.

Při výběru vhodného pohybu bereme ohled na věk, pohybové možnosti, schopnosti a funkční způsobilost pohybového ústrojí. Důležitou úlohu hrají také pohybové zážitky, zkušenosti a poznatky o pohybu.

#### **4.5.3.2 Pohybový projev v muzikoterapii**

Pohyb, jako nejbezprostřednější reakce na rytmus se nevyhnutelně váže na hudební projev. Stává se jedním z nejsilnějších působících prostředků spontánní, emocionální a dynamické komunikace subjektu s jistými charakteristickými prvky hudby: rytmem, tempem, dynamikou a výrazem. Pohyb vyjádřený v různých výrazových polohách se stává specifickým způsobem tlumočení vlastního aktivního vztahu jedince k rytmu realizovaného v kultivovaných formách hudby (Mátejová 1991).

Bláhová (viz Mátejová, 1991) uvádí, že účinky rytmu zprostředkované sluchovým receptorem se dotýkají celé osobnosti člověka, stimulují jeho pohybový instinkt natolik, že intenzivně reagují na výrazný rytmický podnět (Mátejová, 1991).

Za nejdůležitější pohybové složky MT z hlediska jejího zaměření lze považovat podle Matějové (1991):

- způsob pohybového uvolnění při hudbě se splýváním tělesného a pohybového rytmu,
- hudebně- pohybové hry a cvičení.

Složka pohybového uvolnění při hudbě se splýváním tělesného a hudebního rytmu je zaměřená na postupné vypěstování uvědomělého a citlivého vnímání hudebního rytmu prožívaného v pohybu. Jak jsem již dříve uvedla, rytmus je jedním z nejcharakterističtějších spontánních životních projevů. Dále je tato složka zaměřena na možnost vytváření kreativní seberealizace. Důležitý je též pocit splývání pohybu s rytmem hudby.

#### **4.5.3.3 Pohyb v dětském věku a u dětí s DMO**

Je naprosto nezbytné si uvědomovat význam fyzické činnosti neboli pohybu pro psychický rozvoj jednotlivce, což platí hlavně pro děti. Růst dítěte závisí stejně tak na psychických faktorech, jako na fyzických. Pohyb je funkčním ztělesňováním jeho tvořivé energie, která ho vede k sebezdokonalování růstu. Dále je základní podmínkou intelektuálního růstu, který je závislý na vjemech z vnějšího světa. Fyzická činnost spojuje ducha s okolním světem a potřeba pohybu je z tohoto hlediska dvojí. Jde jednak o získávání podnětů z vnějšku a jednak o vyjádření se navenek (Montessori, 1998).

Jak jsem už dříve uvedla, děti s DMO mají možnosti pohybu značně omezené. Možnost pohybu záleží hlavně na vnějších podmínkách (pomoc rodiny, na možnostech docházky do vzdělávacích a jiných zařízení atd.). Pohybový projev spojený s hudbou může těmto dětem pomoci k seberealizaci, pomoci k oproštění od daného handicapu a zařadit se plnohodnotně svým individuálním způsobem do pohybové činnosti.

#### **4.5.4 Hudebně-pohybové hry**

##### **4.5.4.1 Hra a dítě obecně**

„Hra je svoboda a každý v ní má právo svobodně projevit libovolné emoce formou, která neomezuje nikoho z ostatních“ (Dvořákové. 2002). Malý človíček je otevřený poznatkům, neučí se však záměrně, na základě logického uvažování, ale praktickým zkoušením a používáním. Nestačí poznatky zprostředkované a předané pouze obrazem a slovem. Dítě si vše potřebuje prakticky vyzkoušet a prožít. Vlastní praktickou aktivitou se v každé situaci učí různým dovednostem, poznatkům, osvojuje si hodnoty a vlastní postoje. Jeho učení je aktivní, prožitkové, situační a komplexní a ovlivňuje dítě trvale, pozitivně či negativně, jako celistvou osobnost (Dvořáková,

2002). Hra není skutečnost a může se v ní odehrát všechno , včetně střetů a takových forem jejich řešení, na které hráči nejsou v běžném životě zvyklí.

#### **4.5.4.2 Hudebně-pohybové hry v muzikoterapii**

Východiskem realizace každé této hry je přesně vymezený a určený terapeuticko-výchovný cíl, podle kterého muzikoterapeut volí odpovídající prostředky neverbálního a verbálního charakteru. Obsahový program má pevně stanovená pravidla a zásady. Obsah her musí odpovídat věkové kategorii a daným schopnostem a dovednostem jednotlivců, protože je má stimulovat k tvořivým, adekvátním modifikacím her, případně až k samostatnému výběru a vytváření her nových. Zde se opět uplatňuje, jako v ostatních složkách MT, užití Orffova instrumentáře. Důležitým faktorem je správný výběr hudby, protože ta má působit jako vysoce stimulující, pohybově provokující prvek.

*Hry a cvičení používané v MT:*

- Hry s rytmem
- Hry s předměty a nástroji
- Improvizace pohybem na hudbu
- Hry se zpěvem
- Písnička jako námět dramatického děje
- Hudba a výtvarné techniky
- Hudebně dramatické formy
- Poslech, fantazie a relaxace

*Hudebně-pohybové hry u dětí s DMO*

Tyto hry přispívají u dětí s DMO k postupnému otužování, a to jak psychickému, tak sociálnímu, ale i fyzickému. Dále k pozitivní motivaci a k zvládnutí náročných životních situací. Mimo to má každá z výše uvedených her svá specifika, ve kterých na děti působí. Všechny by však měly mít dobrý vliv v oblasti hrubé, ale i jemné motoriky. Při realizaci hudebně-pohybových her se má začínat s minimálními nároky na osobnost dítěte a na výkon. Tyto nároky postupně zvyšujeme. Hudebně-pohybové hry si u dětí většinou získávají oblibu svým dynamickým až strhujícím charakterem, přitažlivými, pestrými formami, optimistickým laděním nebo veselým

žertovným příběhem. Dětem se tak daří překonávat zábrany, nejistotu a strach při řešení zátěžových životních situací.

#### **4.5.5 Výtvarný projev při hudbě**

##### **4.5.5.1 Výtvarný projev obecně**

Výtvarné umění patří mezi nejstarší projevy kulturního života člověka. Dokladem toho jsou jeskynní malby, kresby a drobné sošky z období paleolitu. Nejde přitom o nějaké „dětské“ znázornění přírody, ale o jednoduché zralé formy představivosti, obrazové paměti a reprodukce poznatků o přírodě. Výtvarné znázorňování z doby paleolitu vychází ze společenského života člověka a práce a je odrazem jeho životních potřeb a přání. Později je doprovázeno primitivní hudbou, zpěvem, pohybem a tancem při rituálních obřadech. Působení výtvarného projevu v dnešní době se využívá v arteterapii, muzikoterapii a to jako významný faktor v léčebně-výchovném procesu.

##### **4.5.5.2 Výtvarný projev v dětském věku u dětí s DMO**

Výtvarný projev dítěte je spontánně výrazový, vyjadřovací a komunikační prostředek už v mladším věku. U dětí přitom jde o rozšíření pohybových a hravých činností, o určitou seberealizaci vlastního „já“. Dítě nejdříve znázorňuje čáry, tečky, kruhy, které postupně vyústí do dalších obrazových forem. Výtvarný projev není podmíněn pouze věkem dítěte, ale i jeho psychikou, intelektem, zdravotním stavem a dále vnějšími podmínkami jako jsou sociální, kulturní, estetické, ekonomické podmínky, ve kterých dítě vyrůstá. Každé dítě ve svém věkovém období má svůj způsob a svou symboliku vyjadřování se kreslením, podobně jako při vyjadřování se řečí (Mátejová, 1991).

Děti s DMO začínají s výtvarným projevem obvykle později než zdravé děti, a to díky pohybovému omezení, sníženému intelektu nebo jiným poruchám. U těchto dětí také bývají delší jednotlivé stupně výtvarného projevu. Malují např. mnohem déle již zmíněné tečky, čáry atd., i když už nejsou postupně jen tak bezděčné, ale mohou něco znamenat, člověk by často na první pohled neuhodnul, co tím dítě myslí. Výtvarným projevem dítě většinou vyjadřuje svoje zájmy, přání, zkušenosti, postoje k okolí i k sobě samému, vztah k tomu, co zobrazuje. Výtvarný projev je pro děti i možnost hry, určitou formou komunikace a seberealizace.



U dětí s DMO grafické vyjádření rytmu hudby pomáhá navozovat nový rytmicko dynamický stereotyp , který tyto děti přivádí k zážitkům eurytmie, které navozují pocity psychické a somatické harmonie.

#### **4.5.5.3 Výtvarný projev v muzikoterapii**

Hlavním rysem muzikomalby je současné působení hudby s výtvarným projevem. Muzikomalba jako terapie má přivést postiženého zpět do stavu rovnováhy. Jde o vyjádření rytmu hudby souvislou čarou. Uplatňuje se zde malování obouřuč (jakoby dirigování hudby), kdy pohyb postupně přejde na celé tělo. Dominantním činitelem realizace muzikomalby je výběr vhodné hudby. Výběr se řídí podle toho, jak chce terapeut na skupinku či jednotlivce působit, relaxačně nebo stimulačně.

Syntetické působení harmonizujících, uspořádaných, koordinujících a regulujících účinků rytmu realizovaného současně v oblasti jemné i hrubé motoriky bezprostředně zasahuje oblast individuálního rytmu ohrožených, postižených a narušených jedinců (Mátejová, 1991).

V MT se dá využít dalších výtvarných způsobů jako např. prstomalba, která se uplatňuje zejména u mladších dětí. Jde o roztírání barvy prsty, dlaní nebo celou rukou. Dále se uplatňuje ledabylé „čmárání“ nebo asociativní výtvarný projev při hudbě. Důležitý je výběr hudby. Záleží na tom, co od jedinců chceme a také na tom, jak jsou dotyční naladěni a zda nám půjde o změnu nebo podporu dané nálady.

#### **4.6 Struktura muzikoterapeutického sezení**

Struktura lekce může být různá, podle toho, v jakém zařízení a za jakým účelem metody a hry aplikujeme. Z. Šimanovský (1998) uvádí tuto strukturu hodiny:

kratší rozehrávací část (cca 10 %),  
uvolnění a koncentrace (cca 10 %),  
hlavní hlavní činnost (cca 50 – 60 %),  
reflexe (cca 20 – 30 %).

#### **4.7 Volba tématu**

Téma je dáno cílem práce. Ve škole jde o získání určitých vědomostí, dovedností a schopností, o rozvoj osobnosti. V terapii jde o ústup symptomů a získání náhledu na příčiny nemoci nebo poruchy, o uzdravení. Dílčí téma chystané lekce by mělo být součástí dlouhodobého projektu, osnov nebo plánu terapie. Mimo to musí být

významné jak pro skupinu, tak pro vedoucího hry. Pokud ho téma nezaujme, těžko bude pracovat s plným nasazením. Týká-li se ho naopak příliš, bude možná postrádat potřebný nadhled.

#### **4.8 Prostor a vybavení ( ideální představa podle Šimanovského)**

Připomínám, že jde ve všech bodech o ideální představu, kterým se snažíme v reálných podmínkách přiblížit.

**Místnost** – mnoho her s hudbou a metod se neobejde bez běhání, skákání, hluku. Optimální místnost má zhruba velikost školní třídy, podlahu krytou kobercem nebo linoleem, je v přízemí odlehlejší části budovy, s okny do zahrady.

**Nábytek** – potřebujeme především volný prostor, proto stačí např. menší dřevěné stupně a sada dřevěných kostek. Nic není upevněno k podlaze. Přestavováním a kombinacemi zmíněných kusů vznikají různě členěné prostory. Dále by zde měla být skříňka pro ukládání pomůcek a stůl blízko zásuvky .

**Osvětlení** – je nepřímé. Světlo se odráží od stropu a měkce se rozlévá po místnosti. Je doplněno dvěma reflektory s výměníky barevných filtrů.

**Barevnost** – stěny, koberce, nábytek i závěsy na oknech mají decentní, spíše neutrální barvu (béžová, bílá, šedá).

**Hudební nástroje** – kytara, keyboard nebo klavír, flétny, buben, Orffův instrumentár a další elementární nástroje: škrabky, chřestidla, zvonky atd.

**Kostýmy** – používáme-li je, pak v lehkém náznaku. V zásobě máme: klobouky, hole, různé obroučky brýlí, starý baloňák apod.

**Rekvizity** – nejlepší jsou imaginární, ty, které si jen představujeme. Jsou přesně takové jaké potřebujeme, a nepřekázejí. Reálné rekvizity používáme opět střídavě. Získáme je podobně jako kostýmy.

**Technické a přístrojové vybavení** – magnetofon, který dobře hraje i nahrává, CD přehrávač, dobrý zesilovač, videokamera a rekordér.

**Celková atmosféra hudební** – je harmonická a působí příjemně. Je to prostor, do kterého se každý rád vrací.

**Oblečení** by nemělo bránit ve volném pohybu ani nadměrně charakterizovat svého majitele. Nejlepší jsou volné plátěné kalhoty, triko nebo košile neutrálních barev. Pokud se hráči na lekce nepřevlékají, dbáme na to, aby na sobě neměli tvrdé předměty: klíče, řetězy apod., o které by se mohli zranit oni nebo ostatní.

**Obuv** – když není chladno, pracujeme naboso. Jinak sportovní obuv, která nedrží jenom na špičce, tenisky, sandály, obuv, která nemá tvrdou podrážku a podpatky.

## **5 Část praktická**

### **5.1 Metodika práce**

Vlastní praktický experiment proběhl v těchto fázích:

- Výběr vhodného zařízení dle požadavků experimentu
- Výběr širšího okruhu dětí pro pozorování
- Konzultace výběru čtyř dětí s odborným personálem a rodiči
- Pozorování vybraných dětí
- Analýza dostupných údajů o vybraných dětech
- Stanovení počtu a příprava jednotlivých sezení dle specifik vybraných dětí
- Provedení vlastního experimentu
- Analýza jednotlivých sezení
- Syntéza poznatků z jednotlivých sezení
- Celkové vyhodnocení experimentu

### **5.2 Historie Ústavu Kociánka**

Záměček, dnešní budova ředitelství a škol, byl postaven v roce 1825 a byl obýván až do roku 1890 přemyslovci, kdy ho koupila Moravská agrární a průmyslová banka. V roce 1919 byl záměček zakoupen včetně celého areálu Zemským spolkem pro výchovu mrzáčků na Moravě a ve Slezsku. U zrodu spolku stál „moravský Jedlička“ učitel a humanista prof. Jan Chlup, který z iniciativy dr. Alice Masarykové a dr. Jedličky ústav založil.

Cílem ústavu bylo poskytovat zdravotní péči, výchovu a vzdělání dětem tělesně postiženým za využití v tehdejší době nejmodernějších metod, včetně léčebné rehabilitace. Činnost spolku představovala výrazný a na svou dobu moderní celek profesionální péče a podpory. Bylo zřízeno pět oddělení: obytné, nemocniční, školní, dílenské a sociální.

I když ústav pro „mrzáčky“ byl založen již v roce 1919, první chovanci přicházeli do zařízení tehdejšího záměčku až v květnu roku 1920. Jejich počet začal brzy stoupat, a tak byla zahájena výstavba nových budov. V uvedeném roce však bylo na Kociánce okolo deseti chovanců a teprve na podzim stoupl jejich počet na třiatřicet. Vzdělávání probíhalo v souladu s tehdejšími platnými školskými předpisy

s přihlédnutím k tělesnému postižení chovanců. Výchova sama úzce souvisela s vlastním chodem ústavu, školní výukou a přípravou na samostatný život chovanců po ukončení jejich pobytu na Kociánce.

Pracovní zařazení do tehdejší společnosti bylo obtížné a často i neúspěšné. Tak se zařízení stávalo domovem i pro ty, kteří uplatnění za branami ústavu nenalezli. O tom svědčí založení spolku JETĚVA (Jednota tělesně vadných) v roce 1931, který se zabýval problematikou zaměstnanosti chovanců.

Zajištění provozu ústavu bylo v prvních letech obzvláště svízelné, a tak měla Kociánka od počátku vlastní malé hospodářství – slepice, krůty, kozy, vepře i kravičku. Chovanci si tak mohli v neděli dopřát maso. Ovoce bylo z vlastní zahrady. Na chodu tohoto hospodářství se samozřejmě podíleli chovanci podle svých tělesných a věkových možností. Postupem let se stavěly pro potřeby ústavu nové budovy. Ústav získal v tomto období finanční prostředky několika způsoby: ze státních dotací, z darů institucí (podnikatelé), z vlastních aktivit (podnikatelská činnost).

V roce 1920 byla otevřena první třída ústavní školy pro 8 chlapců. V roce 1921 se vyučovalo košíkářství, soustružnictví, truhlářství, zahradnictví, vaření, šití prádla. V roce 1923 získal ústav malou místnost v Pražské ulici, kde byla otevřena prodejna výrobků. V roce 1925 měl ústav vlastní sklad výrobků a vlastní prodejnu „U mrzáčků“ na Kapucínském náměstí. V letech 1932 – 33 byly postaveny další dva pavilony. Jeden z nich měl nemocniční oddělení pro nemocné tuberkolózou kostí a kloubů. V prvních patnácti letech prošlo procesem výchovy, vzdělávání a léčení 1816 chovanců. V roce 1939 – 1940 byl zřízen operační sál a mateřská škola v ústavní nemocnici.

V době okupace byl ústav neustále pod německým tlakem, který vyúsťoval ve snahu ústav ovládnout. Boj skončil ve prospěch české strany, vedení nemocnice však převzal Němec Dr. Karl Baldrian. Po jeden a půl roce svého působení v ústavu činnost ukončil a převzal ortopedickou kliniku v Brně. V roce 1941 byl podán na úřad Reichsprotektora v Praze požadavek na „vyhození“ ředitele Jana Chalupy pro neplnění a oddalování německých požadavků, zejména na osazení vedoucích funkcí Němci. V letech 1943 až 1944 usilovala o ústav jako o vojenskou nemocnici vojenská správa. Díky promyšlenému způsobu vedení Spolku, lidem ve vyšších postaveních, kteří věřili v potřebnost ústavu, a neohroženosti ředitele Jana Chalupy vyšel ústav z nátlakové okupační situace v období let 1939 až do osvobození jako vítěz a bez podstatných škod.

Po druhé světové válce byl ústav 20. srpna 1945 znárodněn, a to i přes protesty Spolku. Spolek byl rozpuštěn a ústav dán pod přímou správu státu. Došlo ke změně

jména na Zemský ústav tělesně vadných. Nastal útlum rozvoje ústavu v některých obdobích i k celkové stagnaci. V průběhu čtyřiceti let byla Kociánka zařazena do soustavy ústavů sociální péče v Československu. Kociánka se v této době (1945 – 1989) potýkala s problémem segregace postižených ze společnosti zdravých lidí. Ve společnosti bylo minimálně přihlíženo ke specifickým potřebám postižených dětí i kvůli jejich minimálnímu postižení. V období těchto let se rozšířila nabídka učebních oborů a také možnost studovat střední ekonomickou školu. Chovanci - studenti měli individuální vycházky dané domácím řádem, žáci základní školy se dostali za bránu ústavu pouze při společenských akcích. A tak vlastně, ač v Brně vyrůstali, Brno vůbec neznali, ale i Brňané sami měli o Kociánce mylné představy.

Období těchto let zaslouží mnohdy slova kritiky, ale i chvály. Nelze zapomenout na ty, kteří věnovali dětem a mládeži svůj volný čas a kteří s entuziasmem a schopnostmi empatie zpříjemňovali dětství chovancům, jimž nebylo umožněno vyrůstat v rodinném prostředí.

Zlom nastal v roce 1985, kdy byla vytvořena nová koncepce rozvoje ústavu. Snahou, která byla realizována, bylo zlepšit rehabilitaci, vztahy s rodinami chovanců a s pracovníky, pobyt v ústavu.

Po roce 1989 dochází k zásadním legislativním úpravám a řešením ve vztahu v integraci tělesně postižených dětí a mládeže. Povzbuzujících změn bylo dosaženo nejen v materiálním zabezpečení. Podstatné změny se odehrály zejména v přístupech ke klientům a v poskytování služeb. Tuto skutečnost nejlépe vyjadřuje v nedávné době nově formulované poslání a charakter Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež „Kociánka“.

### **5.3 Mateřská škola pro tělesně postižené**

Mateřská škola pro tělesně postižené je součástí Mateřské a Základní školy pro tělesně postižené. Zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Mateřská škola pro TP má rozšířenou působnost bez regionálních omezení. Přijímá děti zpravidla ve věku od 3 do 6 let. Příjem dětí probíhá jedenkrát ročně formou zápisu, ale i průběžně během celého roku. Předchází vstupní psychologické a speciálně pedagogické vyšetření a to vše ve spolupráci s rodiči nebo zákonnými zástupci. V komisi zasedají všichni odborníci, kteří se podílí na komplexní rehabilitaci – ředitel, primářka, vedoucí výchovy, psycholog, logoped, soc. pracovnice, ředitelka MŠ.

Vzdělávají se zde především děti s tělesným postižením a to různé formy DMO, LMD, VVV, rozštěpy páteře, progresivní svalovou dystrofií, děti s multihandicapem aj. MŠ dále přijímá děti s poraněnými stavy, sníženou imunitou, zdravotně oslabené a děti zdravé, většinou sourozence, děti zaměstnanců. Samostatnou skupinu tvoří děti ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Děti jsou zařazeny v různých typech pobytu. Je to pobyt denní, týdenní, celoroční, nepravidelná školní docházka a diagnostický pobyt.

Zaměstnanci, speciální pedagogové disponují potřebnými znalostmi a praktickými zkušenostmi s danou problematikou a splňují podmínky vzdělání učitelek mateřské školy pro TP. Škola zajišťuje ucelený program komplexní rehabilitační péče. Těžištěm působení MŠ pro TP je soustředěné úsilí všech zúčastněných o optimální začlenění dětí do života, za komplexního působení všech dostupných speciálně pedagogických, psychologických, léčebných, sociálních a pracovních terapeutických metod s přímou účastí rodičů, zákonných zástupců a přátel školy. Dále jsou dodržovány specifické odlišnosti jednotlivých dětí.

V MŠ je kladen důraz na 3 hlavní cíle předškolního vzdělávání, které se vzájemně prolínají:

- rozvíjení dítěte, jeho učení a poznání
- osvojení základů hodnot, na nichž je založena naše společnost
- získání osobní samostatnosti a schopnosti projevit se jako samostatná osobnost působící na své okolí.

Součástí MŠ je speciálně pedagogické centrum pro tělesně postižené. Toto centrum poskytuje služby pro děti, rodiče, zákonné zástupce a učitele. Jedná se hlavně o poradenství pro rodiče problémových dětí, poradenství v oblasti komunikace a řeči atd. Poradenství je bezplatné. Dále centrum poskytuje práci se speciálními pomůckami a půjčování kompenzačních pomůcek, metodických materiálů a odborné literatury, práci na počítači, stimulační programy atd.

## 5.4 Charakteristika skupiny

Děti, s kterými jsem pracovala, navštěvují MŠ Kociánka od svých 4 let. Nyní je všem 6 let. Děti se tedy již dva roky znají. Jedná se o tři dívky a jednoho chlapce. Všechny jsou méně či více postiženy diagnózou DMO.

### 5.4.1 Vývojová charakteristika

Popis diagnóz a vývojových charakteristik jednotlivých dětí jsem získala z dokumentace uložené v MŠ.

**Štěpánka** - Spastická diparetická forma, konvergentní strabismus

*Hrubá motorika* – imobilní, pohybuje se lezením po čtyřech, dokáže se vzepřít a postavit na nohy, sedí na židli (chvíli), na delší sezení nutná židlička s klínem a opěrkami.

*Jemná motorika* – navléká na pevný bod, koordinace horních končetin je narušená vzhledem k postižení, levou horní končetinu používá sporadicky k přidržení.

*Grafomotorika* – napodobí čáru, kruh uzavírá nepřesně, čtverec a obdélník má zakulacené rohy, schopnost grafomotorické nápodoby snižena, obtahování tvarů je roztřesené, úchop tužky je silnější, papír bez těžítka ujíždí, proporce neodpovídají, zdařile zachytí detaily hlavy.

*Verbální projev* – dorozumívá se řečí, patrna dyslalie a špatné hospodaření s dechem, řeč je srozumitelná, slovní zásoba přiměřená, tempo řeči pomalejší.

*Pozornost* – soustředěná, dokáže se 20 minut v sedě zabývat řízenou činností.

*Intelekt* – v pásmu široké normy, od narození mentální vývoj opožděn.

*Myšlení* – konkrétní, logicky zdůvodňuje a vyvozuje, tempo přiměřené.

*Vnímání sluchem* – v normě.

*Vnímání zrakem* – korekce brýlemi

*Sebeobsluha* – imobilní, dovede se sama najíst lžící, obléci si tričko.

**Patrik** – Levostranná hemiparéza, pes equinus vlevo, dysartrie, salivace

*Hrubá motorika* – chůze samostatná s narušenou koordinací, zvládá chůzi ze schodů i do schodů s přidržováním jednou rukou a střídáním nohou, spontánně utíká, sed na běžné židli.



*Jemná motorika* - mírně narušena, navléká na pevný bod, v manipulaci používá převážně pravou ruku, levou používá jako dopomocnou při činnosti náročnější na přesnost.

*Grafomotorika* – projev na úrovni bezobsažné čmáranice, kreslí pravou rukou, držení tužky pěstičkou shora, kreslí nerad, potřebuje zvýšenou motivaci a přemlouvání, figurální kresba nerozvinuta.

*Verbální projev* – velmi obtížně srozumitelná, dysartrie, mírná salivace.

*Pozornost* – rozplývavá, utíká od stolu, úkolu, vydrží 15 minut.

*Intelekt* – v pásmu široké normy, od narození mentální vývoj opožděn.

*Myšlení* – konkrétní.

*Vnímání sluchem* – v normě.

*Vnímání zrakem* – v normě.

*Sebeobsluha* – vyžaduje pomoc běžnou věkovému období, tělesnou čistotu zachovává.

**Evička** – Spastická kvadruparéza, psychomotorická retardace, strabismus

*Hrubá motorika* – imobilní, v lehu na zádech se pohybuje po prostoru pomocí odrážení patami, v lehu na břiše pilotuje s mírně pozvednutou hlavou, sed možný ve speciální sedačce ARIS, kde je nutná fixace trupu.

*Jemná motorika* – nabízené hračky uchopuje pravou rukou bez většího zájmu a bez zapojení zraku, hračky volně položené v prostoru ji nezajímají.

*Grafomotorika* – bez možnosti diagnostikování pro negativismus.

*Verbální projev* – retardace expresivní složky řeči, spontánně nekomunikuje, slovním pokynům rozumí, na své jméno reaguje, kontakt nenavazuje, výrazný negativismus doprovázený pláčem.

*Pozornost* – setrvává v klidu, ale pozornost je odbíhavá.

*Intelekt* – ve středním pásmu mentální retardace.

*Vnímání sluchem* – v normě.

*Vnímání zrakem* – korekce brýlemi.

*Sebeobsluha* – plně odkázána na asistenci ve všech sebeobslužných aktivitách.

**Sylva** – Spastická kvadruparéza, psychomotorická retardace

*Hrubá motorika* – imobilní, pohybuje se lezením po čtyřech, dokáže se vzepřít a postavit na nohy, sedí na židli (chvíli), na delší sezení nutná židlička s klínem a opěrkami.

*Grafomotorika* – potřebuje velkou motivaci, silný negativismus, kreslí pravou rukou, papír bez těžítka ujíždí, při negativismu projev na úrovni bezobsažné čmáranice, není grafomotorická nápodoba.

*Verbální projev* – dorozumívá se řečí, patrna dyslalie a špatné hospodaření s dechem, řeč je někdy nesrozumitelná, slovní zásoba malá, tempo řeči pomalé.

*Pozornost* – odbíhavá, v klidu setrvá 10 minut.

*Intelekt* – ve středním pásmu mentální retardace.

*Vnímání sluchem* – v normě.

*Vnímání zrakem* – v normě.

*Sebeobsluha* – imobilní, dovede se sama najíst lžicí, umí se svléknout.

## **5.5 Skupinová muzikoterapie**

### **5.5.1 Vstupní pozorování**

Než jsem si vybrala čtyři děti a začala s MT činností, docházela jsem děti v rozmezí jednoho měsíce sledovat při běžných činnostech v MŠ. Děti jsem pozorovala v rozmezí měsíce června 2005. Dále jsem výběr konzultovala s paní ředitelkou a učitelským sborem. Děti jsem pozorovala v kolektivu ostatních dětí. Sledovala jsem výdrž dětí u různých činností. Zjistila jsem, že doba udržení pozornosti se shoduje s uvedenými údaji u jednotlivých diagnóz. Tato doba je 10 až 15 minut. Měla jsem pocit, že pokud si děti hrají ve dvojicích nebo ve skupině, je pozornost u každého dítěte zhruba o 10 minut delší. Dále jsem děti sledovala co se týče mobility, abych věděla, co musím dětem přizpůsobit a jak s nimi manipulovat.

Patrik se pohybuje samostatně chůzí, při sezení nepotřebuje žádný speciální vozík či sedačku. Z vybraných dětí má nejmenší problémy co se týče motoriky dolních končetin.

Štěpánka a Sylva se pohybují po čtyřech a dokáží také samostatně sedět a měnit polohy.

Evička má ze všech těchto dětí největší potíže s pohybem. Pohybuje se samostatně pouze v leže na zádech a to jenom minimálně. Sed je možný pouze v mechanickém vozíku nebo ARIS sedačce s fixací trupu. Stoj možný ve stavěcím stojanu. Pro Evičku jsem tedy musela vymyslet různé modifikace, které se týkaly pohybu. Šlo především o náhradu pohybu dolních končetin. Jednotlivé modifikace uvádím vždy u každé hry, kde je modifikace nutná.

### **5.5.2 Vedení muzikoterapeutické činnosti**

Pro skupinku čtyř vybraných dětí jsem pro ovlivnění koncentrace použila experiment v rámci MT. Experiment jsem sama prováděla, děti jsem při práci pozorovala a zaznamenávala průběh jednotlivých sezení. Ve skupině měly děti možnost střídát aktivní cvičení s odpočinkem. Využívala jsem střídání celé skupiny s cvičením dvojic nebo jednotlivých dětí. Snaha byla, aby děti vydržely pracovat déle s menší únavou, než při individuálním cvičení.

### **5.5.3 Prostor a vybavení**

Muzikoterapeutická činnost s dětmi probíhala ve třídě, kde si běžně během dne hrají. MŠ má k dispozici celkem tři třídy, takže při našem sezení nás ostatní děti nerušily. Podlaha je krytá kobercem, takže děti mohly posedávat kdekoli po třídě. Pro příjemnou polohu mohly využívat dále dva malé gaučíky, míče, různé stoličky, stupínky, měkké „peřiny“, které byly naplněny korálky. Děti často také využívaly svých vozíků nebo speciálních ARIS židlí, které jsou opatřeny klínem a popruhem ke stabilizaci trupu. Místnost kde činnost probíhala je klidná, protože okna směřují do zahrady. Třída má dvě velká okna, která poskytují dostatek světla během dne. Jelikož naše sezení probíhala ráno po příchodu dětí do MŠ a většina sezení spadala do zimního období, museli jsme využívat osvětlení. Třída je osvětlena zářivkami, což při poloze dětí na zádech bylo dost nepříjemné. Na některé činnosti jsme tedy světlo vypínali a nechávali rozsvíceno ve vedlejší třídě. Barevnost celé místnosti (stěny, koberce, záclony, nábytek) je nenápadná, ovšem ostatní vybavení, co se týče míčů, hraček v policích atd., je velmi pestré. Děti jsou však v těchto prostorách zvyklé, a proto prostředí neodvádí jejich pozornost.

Z hudebních nástrojů jsem využívala Orffův instrumentář a další elementární nástroje jako jsou zvonky, dětské hrkačky, dětský mlýnek. Tyto předměty jsou pestré a děti s nimi rády pracovaly.

Kostýmy jsem s dětmi nepoužívala. Měla jsem pocit, že děti díky své fantazii ani žádné nepotřebují. Pouze na poslední sezení v únoru si děti přinesly kostýmy z domu. Jako rekvizity jsem používala věci, které byly součástí třídy nebo imaginární, protože byly přesně takové, jaké jsme potřebovali. Co se týče přístrojového vybavení byl k dispozici CD přehrávač.

#### **5.5.4 Volba tématu sezení**

Různé druhy her a cvičení jsem na jednotlivá sezení volila tak, aby činnost děti bavila a zapojily se. Při výběru her jsem čerpala z publikací Šimanovského (1998), Szabové (1999) a Pausewangové (1992). Nenásilnou formou jsem se snažila děti činnostem naučit. Trvání každé hry bylo různé. Rozhodoval zájem dětí a jejich pozornost. Volila jsem hry se zpěvem, rytmem, s předměty a nástroji. Dále děti improvizovaly pohybem na hudbu, využívala jsem hudbu a výtvarné techniky a relaxaci.

V každé hodině se částečně vyskytovaly hry s rytmem. Tyto hry měly za úkol připravit děti na následující individuální činnost. V celkovém harmonogramu měly tyto hry největší zastoupení.

#### **5.5.5 Struktura sezení**

Sezení MT probíhalo jednou týdně v dopoledních hodinách. Strukturu hodiny jsem dodržovala podle Šimanovského (1998) a to: rozehřívací část, uvolnění a koncentrace, hlavní činnost, reflexe. Procentuální zastoupení jednotlivých částí jsem volila podle zájmu dětí. Doba MT sezení se pohybovala od 20 do 45 minut. Trvání jedné hry se řídilo zájmem dětí.

V úvodní, neboli rozehřívací části MT jsme se vždy nejdříve pozdravili a každý dostal příležitost něco říci buď na zadané téma nebo cokoli, co chtěl ostatním sdělit. Kdo se vyjádřit nechtěl, nemusel. Nikoho jsem do činnosti nenutila, přesto jsem se snažila odbourávat pasivitu a vzbuzovat jejich pozornost k tomu, co dělali ostatní a co se děje ve skupině. Někdy jsme místo povídání zpívali písničku, kterou vybralo jedno z dětí. Děti se ve vybírání střídaly. Písničky se však nesměly opakovat. Pozdrav jsme většinou doprovázeli současně např. gestem, podáním ruky, poklepáním na rameno, pohlazením. U pozdravu a dalších činností v klidu jsme seděli v kruhu, kde na sebe děti viděly a byly v neustálém kontaktu. Dále jsme uplatňovali pravidlo mluvčího, které spočívá v posílání jakéhokoli předmětu a ten, kdo ho právě držel, měl slovo. Tímto

pravidlem jsem se chtěla vyhnout překřikování a zbytečným hádkám. Dále jsem zařadila jednu až tři dynamické hry. Hry byly stejného druhu např. všechny rytmické. Tato část měla za úkol nenásilně uvolnit a aktivizovat děti fyzicky i duševně. Používala jsem jednoduché hry nebo takové, které děti znaly z předchozích hodin, většinou z hlavní části. Děti se při opakování nemusely soustředit na učení něčeho nového a mohly si činnost lépe užít.

V části uvolnění a koncentrace byla zařazena jedna hra nebo technika, která měla děti připravit na hry v hlavní části.

Hlavní část je z celé MT činnosti nejdelší, a proto zde děti prováděly činnosti v klidu i v pohybu. V této části jsem vycházela z rámce mého plánu nejvíce. Hry byly opět stejného druhu. Vždy jsem však měla připravené alespoň dvě hry jiného tématu. Mnohdy se stalo, že děti hry nezačaly, neměly na připravený program náladu. Abych tedy nemusela vytvářet nový program na místě nebo přistupovat hned k závěrečné fázi nebo sezení ukončit, zvolila jsem změnu tématu podle připraveného náhradního programu.

Na závěr jsem s dětmi prováděla reflexi. Zde jsme si povídali o proběhlé hodině. Někdy jsem dala přednost relaxaci, sdílenému zpěvu nebo prosté písničce. Hlavním cílem této části bylo, aby děti odcházely z činnosti dobře naladěné.

### **5.5.6 Jednotlivá sezení**

#### **Září**

##### **1. sezení**

##### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav* – všichni se pozdravíme a potom děti pozdraví vždy toho, kdo sedí vedle a s pozdravem ho osloví jménem, poté jde pozdrav opačným směrem po kruhu. Pozdravení medvídky, který putuje po kruhu a každé dítě mu řekne, jak se jmenuje.

*Ptáčci a stromy* – na zemi leží na papírech nakreslené ovocné a jehličnaté stromy, děti jako ptáčci se pohybují dle svých možností mezi stromy. Já dětem zpívám dětské písničky v rychlejším tempu. Jakmile přestanu zpívat, děti si musí sednout nebo stoupnout na některý ze stromů.

*Modifikace pro Evičku* – Evička sedí na vozíčku a při zastavení zpěvu má uchopit dřevěný stromeček, který má před sebou na stolku.

### ***Uvolnění a koncentrace***

#### ***Vydýchání, vytřepání rukou, nohou***

*Ticho* – všichni si zvolí libovolnou polohu a poslouchají, potom si povídáme, jaké zvuky kdo slyšel.

#### ***Hlavní činnost ( Hry s rytmem )***

*Říkadla* – děti vzpomínají, jaká říkadla znají, poté se na jednom domluvíme a zkoušíme ho vytleskávat. Každý zkouší vytleskávat sám s mým doprovodem a ostatní mu zatleskají. Vytleskáváme pomalu, rychle, potichu, nahlas. Potom zkoušíme rytmus s dětskými hrkačkami.

*Hra s dětskými hrkačkami* - zkoušíme jaký mají zvuk, jak různě se s nimi dá hrát. Předvádím dětem různé štěrchání a oni napodobují. Potom napodobujeme některé z dětí.

#### ***Reflexe***

Otázky na děti – co jsme dělali, co se komu nejvíce líbilo, na jaké ovocné stromy ptáčky sedali.

## **2. sezení**

### ***Rozehřívací část***

#### ***Pozdrav***

*Písničky* – každý má za úkol vymyslet jednu písničku , kterou si společně zazpíváme.

*Opičí rozcvička s hudbou* – děti napodobují předváděné pohyby: motání klubička a vyhazování do vzduchu, máchání prádla, pití ze studánky, podzimní vítr, poletující motýlek.

*Modifikace pro Evičku* – Evička leží v „korálkové peřině“ tak, aby na všechny viděla a dělá rukama, co zvládne.

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Protážení těla* –dětí si lehnou na zem a podle pokynů se snaží protáhnout tělo.

*Říranka* – vytleskávání říranky Leze žába do bezu.

#### ***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Hravé zpívání* – po dohodnutí zpíváme písničku Prší, prší. Zpíváme v různém tempu s různou náladou – rychle, pomalu, smutně, vesele. Povídáme si, jak se člověk chová, když má určitou náladu.

*Modifikace hry na starý gramofon* – hra se odehrává v kruhu, používáme dětský mlýnek. Jak rychle se s mlýnkem mele, tak rychle mají děti s mojí pomocí zpívat. Děti si postupně mlýnek půjčují a zkouší udávat rytmus ostatním.

### ***Reflexe***

*Debata o cvičení, dojmech zážitcích*

*Říkanka* – řeknu dětem říkanku Leze ráček po potoce, kterou se budeme příští sezení učit.

## **3. sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Putování plyšáka* – děti si posílají medvídky a já říkám říkanku Leze ráček po potoce.

*Říkanka z pohybem* – děti se na předchozí říkanku pohybují libovolně po místnosti. Evičku vozím po místnosti na vozíčku.

### ***Uvolnění a koncentrace***

Vytleskávání - děti si sednou do kruhu a společně se učíme říkanku s vytleskáváním. Postupně má vždy jeden tleskat a ostatní odříkávat.

### ***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Tichá pošta* – děti si šeptají po kruhu slovo a poslední vysloví, co slyšel.

*Melodické hádanky* – broukám nebo prozpěvuji melodii dětské písničky a děti hádají, jaká je to písnička.

*Hudební přehořívá* – dohodneme si písničku a věc, která bude poklad. Jedno z dětí jde za dveře a my schováme poklad. Dotyčný hledá poklad a ostatní navigují zpěvem. Zpívají tím silněji, čím blíže je hledající pokladu.

### ***Relaxace***

*Unavený medvídek* – děti leží na zemi v jejich zvolené poloze. V místnosti je zhasnuto. Vyprávím dětem, jak se unavený medvídek ukládá k zimnímu spánku a protahuje si postupně celé tělo. Procházím mezi dětmi a pomáhám jim s pohybem hlavně dolních končetin. Postupně se zase medvídek probouzí.

#### **4. sezení**

##### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Putování plyšáka*

*Modifikace Putování plyšáka ( Obr a Paleček) – putování dvou měkkých míčů. Míče se nesmí dohonit. Podávání doprovázíme zpěvem: Utíkej Káčo, Koulelo se koulelo.*

##### ***Uvolnění a koncentrace***

*Uvolnění rukou*

*Hra na lustr – naše ruce jsou žárovky na velkém lustru. Když jsou ruce zavřené je zhasnuto, otevřené rozsvíceno. Lustr se porouchal a bliká, rozsvítí se postupně a postupně zhasne atd.*

***Hlavní činnost ( Rytmické hry v kruhu )***

*Hra na tělo – zkoušíme, které zvuky můžeme vyluzovat na vlastní tělo – tleskání, luskání, dupání, hvízdání. Zvuky různě zesilujeme a zeslabujeme.*

***Písničky doprovázené hrou na tělo***

***Rytmus slov – ukazují na různé předměty a děti se snaží vytleskávat, co ukazují.***

##### ***Reflexe***

*Debata o dojmech z her*

*Řikanka – opakování Leze ráček po potoce.*

## **Říjen**

#### **1.sezení**

##### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Písničky s hrou na tělo*

##### ***Uvolnění a koncentrace***

*Dechová cvičení – pomalé vydechování ústy a pomalé vdechování nosem. Následně syčení jako husa, houkání jako vlak, foukání jako vítr, houkání jako sova. Soutěž, kdo vydrží vydechovat nejdéle.*

##### ***Hlavní činnost***

*Hra na farmu – vyjmenování zvířat, která zvířata tam žijí, jak se dorozumívají, předvádění zvířecích zvuků. Každý si vybere, jaké zvíře bude a předvádí ho – zvukem i pohybem. Děti mohou během hry zvířátka střídát.*



*Modifikace pro Evičku* – má k dispozici dřevěná zvířátka rozmístěna na stolečku, s kterými může pohybovat.

### ***Závěr***

*Úklid dětské farmy.*

## **2. sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Vytleskávání* – každý vytleská svoje jméno a někoho dalšího, koho si vybere.

*Orffův instrumentář* – vyťukávání jmen na bubínek.

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Asociace na barvy a vytleskávání* – děti prvně vymyslí slovní spojení, a pak ho všichni vytleskáme.

*Orffův instrumentář* – děti si osahávají nástroje a zkouší si na ně jen tak pro sebe hrát.

### ***Hlavní činnost ( Hry s předměty a nástroji )***

*Orffův instrumentář* –předvádění deště – od mírného deště až po bouřku, jak zvoní Ježíškovy sáně, zvony na věži atd.

*Na sochy* – zpívám písničku a bubnuji do rytmu. Děti se různě pohybují, když přestanu zpívat a bubnovat, musí zůstat bez pohybu.

*Modifikace pro Evičku* – sedí v ARIS židli a poskakuje po stolečku s plyšovým pejskem.

### ***Relaxace***

*Unavený medvídek*

## **3. sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Opičí rozcvička s hudbou*

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Chůze v různém prostředí* – děti se pohybují na melodii dětských písniček beze slov. Zkouší napodobit pohyb v závěji sněhu, na ledu, po cestičce, na louce, po horké podlaze.

### ***Hlavní činnost***

*Hry s šátky* – pohybují před dětmi šátkem a děti se snaží napodobit jeho pohyb. Kývají se do stran, vpřed, vzad, dělají krouživé pohyby.

*Oživlé šátky* – děti improvizují, každý má šátek a různě s ním tancuje a pohybuje.

### ***Reflexe***

**Otázky** – co se dětem líbilo, co je bavilo, co chtějí dělat příště.

**Zpěv** – Já mám koně

## **4. sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Povídání* – každý ostatním sdělí, kdo ho přivedl do školky, jak se mu chtělo vstávat, co měl k snídani, snídane si zkusíme jako hru na tělo.

*Oživlé šátky*

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Hra na lustr*

*Řikanky* – Kdo má ruce tleskat musí. Jde o říkanku, která souvisí s pohybem rukou, nohou a hlavy. Děti opakují pohyby po mně a říkanku jen poslouchají.

### ***Hlavní činnost (Hry s rytmem)***

*Rozpočítadlo* – Plave mýdlo po Vltavě. Děti se postupně s mojí pomocí zkouší rozpočítávat. U koho rozpočítávání skončí, rozpočítává.

*Řikanka* – Leze ráček po potoce – děti vytleskávají a poté odříkávají a do rytmu se snaží pohybovat.

*Pohyb podle rychlosti zpěvu* – zpívám dětské písničky a děti se podle tempa pohybují.

### ***Relaxace***

*Krátká segmentová relaxace* – děti si najdou samy nebo s mojí pomocí pohodlnou polohu. Každý si podle mých pokynů v představě rozdělí svoje tělo na tři části.

Uvolňování je pozvolné na tři fáze.

## **Listopad**

### **1. sezení**

#### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Putování plyšáka*

*Na starý gramofon – modifikace.* zpíváme 2 písničky – Holka modrooká, Komáři se ženili.

#### ***Uvolnění a koncentrace***

*Na stromy a ptáčky*

#### ***Hlavní činnost ( Improvizace pohybem na hudbu )***

**Opičí rozcvička s hudbou** –pohyb předvádí jedno z dětí - postupně se vystřídají.

**Na kouzelníka** – děti se pohybují např. jako žáby, jakmile kouzelník přestane zpívat a řekne název zvířete, děti zvíře předvádějí. Evička dělá kouzelníka.

#### ***Relaxace***

*Unavený medvídek*

### **2.sezení**

#### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Opičí rozcvička*

*Na kouzelníka*

#### ***Uvolnění a koncentrace***

*Říkaneky* – Leze malý pavouček – říkanka je spojena s pohybem.

#### ***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Tichá pošta*

*Melodické hádanky* – broukám a děti hádají.

*Hudební přihořívá*

#### ***Relaxace***

**Krátká segmentová relaxace**

### **3. sezení**

#### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav* – děti si podávají ruce a zdraví se. Zkouší se zdravit vesele, smutně, rozzlobeně.

*Melodické hádanky* – děti samy broukají písničky a ostatní hádají.

#### ***Uvolnění a koncentrace***

*Podávání a uchopování míče v rytmu* – děti sedí ve dvojicích proti sobě a při zpěvu si vzájemně podávají nejprve velký míč až postupně tenisový míček.

#### ***Hlavní činnost***

*Čárání při hudbě* – děti libovolně čarají pastelkami po papíře.

*Malování při hudbě* – malování konkrétních věcí, které je napadnou.

#### ***Relaxace***

*Společná meditace zpěvem* – sedíme v kruhu a držíme se za ruce. Společně klidně a polohlasem zpíváme Koule se koulelo.

### **4. sezení**

#### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Tichá pošta se zpěvem*

*Ptáčci a stromy*

#### ***Uvolnění a koncentrace***

*Orffův instrumentář* – nejprve zpíváme Pásla ovečky, poté píseň broukáme a následně zkusíme jenom hrát na nástroje rytmus písně.

#### ***Hlavní činnost ( Hry s předměty a nástroji )***

*Jednodušší formy hry* – napodobujeme na nástroje různé zvuky z reálu. Vytváříme kulisu k básničce Lezl malý pavouček. Poté, kdo chce hrát hraje a ostatní mohou tancovat.

#### ***Relaxace***

*Domečky* – děti se pohybují po třídě a hledají místo, kde si udělají hnízdečko. Hnízdečko si mohou upravit různými polštáři. Ve svém hnízdečku si mohou různě polehávat. Po celou dobu hraje relaxační hudba. Hnízdečka si mohou mezi sebou měnit.

## **5. sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Opičí rozcvička*

*Pohyb v různém prostředí*

### ***Uvolnění a koncentrace***

**Jak rostou stromy** – děti jsou schoulené na zemi a čekají jako na jaro. Postupně vystrkují prsty, dlaně, celé ruce a za nimi rostou. Potom si s nimi pohrává vítr. Poté si povídáme, jaké známe stromy, co by nám řekly, kdyby uměly mluvit.

### ***Hlavní činnost ( Hry s rytmem )***

*Rytmy a činnost* – dvě děti dělají pantomimicky různé činnosti: kovají na kováčce, kácí stromy, řezou pilou, natírají vrata. Další dvě děti jim k tomu na bubínky vytvářejí rytmickou kulisu.

*Opakování dosud naučených říkanek* – Leze žába do bezu, Leze ráček po potoce, Leze malý pavouček, Kdo má ruce. Říkanek vytleskáváme, doprovázíme chrastěním dětských hrkaček, pohybujeme se.

### ***Reflexe***

*Povídání* – co jsme dnes dělali, co je nebavilo, co budeme dělat příště.

## **Prosinec**

### **1.sezení**

### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Bubnování dvěma paličkami* – nejprve bubnujeme jednou paličkou, potom přidáme druhou a bubnujeme oběma současně i střídavě. Poté doprovázíme píseň Skákal pes, Kočka leze dírou.

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Rozpočítadla*

*Akcentovaný rytmus*

### ***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Štafetový zpěv* – zpíváme v kruhu písničku a jako štafetu posíláme plyšové zvířátko, kdo ho drží chvíli zpívá a potom předá štafetu dalšímu.

*Zpívání s náladami* – děti poznávají s jakou náladou já nebo některé dítě zpívá.

### ***Reflexe***

*Debata* – o cvičení, dojmech z hry.

*Říkanka* – na závěr dětem jednou odříkám říkanku *My jsme žabky z tůňky*, kterou se budeme příště učit.

## **2. sezení**

### ***Rozechřívací část***

*Pozdrav*

*Štafetový zpěv*

*Ptáčci a stromy*

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Lustr*

*Putování „ plyšáka “*

*Říkanka* – *My jsme žabky z tůňky*

### ***Hlavní činnost***

*Čárání při hudbě*

*Malování při hudbě*

### ***Relaxace***

### ***Unavený medvídek***

## **3. sezení**

### ***Rozechřívací část***

*Pozdrav*

*Povídání – o Vánocích*

*Na sochy*

### ***Uvolnění a koncentrace***

*Dechová cvičení*

### ***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Na starý gramofon*

*Hudební přihořívá*

*Zpívání koled*

## ***Relaxace***

**Relaxovaný zpěv** – děti jsou opřeny o zeď a volně dýchají. Mají zavřené oči a výdechy zlehka ozvučují a nechávají hrdlo znít. Potom broukáme všichni jednu píseň.

## **Leden**

### **1. sezení**

Využila jsem stejné hodiny jako ve 3. sezení v prosinci.

### **2. sezení**

#### ***Rozehřívací část***

*Pozdrav* – děti pozdraví vždy toho, kdo sedí vedle a osloví ho jménem, potom jde pozdrav opačným směrem.

*Putování „plyšáka“* – děti si posílají pejska a zdraví ho.

#### ***Uvolnění a koncentrace***

*Ptáčci a stromy*

*Doznívání hry* – vytřepání křídýlek, nohou vydýchání.

#### ***Hlavní činnost ( Hry s rytmem )***

*Rytmy a činnosti*

*Říkaneky* – potichu, nahlas, pomalu, rychle, vytleskávání, vydupávání, vyťukávání na bubínek.

## ***Relaxace***

*Relaxovaný zpěv v kruhu*

### **3. sezení**

#### ***Rozehřívací část***

**Pozdrav zpěvem** – každý vybere písničku a zpívá ji nahlas, ostatní různými zvuky dělají doprovod.

*Opičí rozcvička* – cviky ukazují děti, předcvičující dítě ostatním zpívá do rytmu.

#### ***Uvolnění, koncentrace***

*Rozpočítadla*

*Akcentovaný rytmus*

### ***Hlavní činnost ( Hry s rytmem )***

*Rytmy a činnosti*

*Říkanky – děti přemýšlí, jaké říkanky znají, vytleskávají*

*Štafetové říkanky*

***Relaxace***

*Unavený medvídek*

## **Únor**

### **1. sezení**

Využila jsem stejné hodiny jako 4. sezení v listopadu

### **2. sezení**

***Rozehřívací část***

*Pozdrav – zdravení pomocí zvířecích zvuků*

*Hra na kouzelníka*

***Uvolnění a koncentrace***

*Povídání – o karnevale a různých maskách, pohádkových bytostech.*

*Orffův instrumentár –doprovod písničky Já do lesa nepojedu, děti si nástroje střídají.*

***Hlavní činnost ( Hry s předměty a nástroji )***

*Jednodušší formy hry- napodobování pomocí nástrojů různé zvuky, ostatní hádají.*

*Vytváříme kulisu pro písničky, básničky. Rozdělení do dvojic – dva hrají a dva tancují.*

***Relaxace***

*Krátká segmentová relaxace*

### **3. sezení**

***Rozehřívací část***

*Pozdrav*

*Tichá pošta se zpěvem*

*Ptáčci a stromy*

***Uvolnění a koncentrace***

*Dechová cvičení*

***Hlavní činnost ( Hry se zpěvem )***

*Na starý gramofon*

*Hudební přihořívá*



## ***Relaxace***

### ***Relaxovaný zpěv***

#### **4. sezení**

Děti si na poslední sezení měly donést karnevalové masky. Jelikož se jednalo o poslední sezení, dala jsem dětem po pozdravu na výběr, co chtějí dělat. Tuto hodinu jsem proto nerozdělovala na části jako všechny předešlé. Prvně jsme tedy vybrali činnosti a potom jsem je dětem seřadila:

*Říkanka Leze ráček po potoce*

*Na farmu*

*Tancování podle rytmu*

*Na kouzelníka*

*Relaxovaný medvídek*

#### **5.5.7 Průběh jednotlivých sezení**

##### **Září**

###### **1. sezení**

První sezení začínalo ze strany dětí velmi rozpačitě. Děti mluvily potichu, někdy mi nechtěly ani odpovědět a to zejména Evička a Patrik. Při hře Ptáčky a stromy se bariéra mezi mnou a dětmi na chvíli zlomila do té doby, než se Patrik usadil na jednom z výkresů se stromem a odmítal se dále hry účastnit. Ostatní děti poté už také nechtěly tuto hru hrát. Pokračovala jsem tedy v dalším připraveném programu. Tento program probíhal velmi rychle. Snažila jsem se rychlým střídáním činností udržet pozornost dětí, protože začínaly být nepozorné a roztěkané. Od hry Ticho jsem musela rychle ustoupit, protože se soustředila pouze Štěpánka. Velký zájem vzbudila Hra s dětskými hrkačkami. Děti u ní vydržely nejdéle, vzájemně si hračky podávaly a zkoušely s nimi hrát. Závěrečná část sezení byla pouze můj monolog. Sylva se totiž nedokázala s hrkačkami rozloučit a po celou dobu reflexe je znovu vytahovala z tašky a nenechala si je vzít. Ostatní děti ji se zájmem sledovaly a na mě už nereagovaly. Celková doba trvání 1. sezení byla 20 minut.

###### **2. sezení**

Další sezení začínalo opět rozpačitě ze strany dětí. Při vymýšlení písniček v úvodní části jsem dětem musela s vymýšlením pomáhat. Postupně začala ostatním

dětem pomáhat i Štěpánka. Při zpěvu se už zapojily všechny děti. Štěpánka zpívala nejhlasitěji a ostatní děti se jí snažily přizpůsobit. Při opičí rozcvičce si Patrik sednul do rohu místnosti a nechtěl si dále hrát. Neúčastnil se, ale celou dobu děti sledoval. Při písničky Prší, prší se opět přidal k dětem. Dále následovala modifikace hry Na starý gramofon, kdy jsem zase řešila problém s Evičkou, která se v průběhu hry rozplakala. Plakala kvůli tomu, že seděla na vozičku a ostatní děti na zemi. I poté, co jsem Evičce upravila polohu, se už nepovedlo zaujmout pozornost dětí. Štěpánka a Sylva neustále hladily Evičku, i když už neplakala a Patrik si pobíhal po třídě. Konečnou říkanku Leze ráček po potoce už nevnímaly. Celková doba koncentrace dětí byla opět 20 minut.

### **3. sezení**

Toto sezení děti začaly s úsměvem na tváři. Při odříkávání říkanky Leze ráček po potoce jevil velký zájem. Poté, co jsem jim předvedla, jak se budou na říkanku pohybovat, hned vyskočily a spolupracovaly. Evičce dělalo radost, jak ji mezi dětmi vozím na vozičku, a jak s vozičkem zrychluji a zpomaluji. Chvilku mi trvalo, než jsem děti přemluvila, aby si sedly do kruhu a říkanku se mnou vytleskávaly. Sylvu jsem k vytleskávání vůbec nedonutila. Seděla s námi v kruhu a sledovala ostatní. Tichá pošta a Melodické hádanky proběhly velmi rychle. U Tiché pošty děti spíše nepochopily, co po nich chci, než že by je hra nezajímala. Melodické hádanky by zřejmě bavily Štěpánku a Evičku, ale musela jsem této hře věnovat pouze pár minut, abych neztratila pozornost zbývajících dětí. Hudební přihořívá děti bavilo pouze dvě kola, takže se na všechny ani nedostalo. Relaxace proběhla bez problémů, takže došlo poprvé k ukončení hodiny, díky vyčerpání programu z mé strany. Celková doba koncentrace dětí byla 25 minut.

### **4. sezení**

Při tomto sezení mě děti velmi překvapily. Jakmile přišly do třídy, vzala Štěpánka připraveného „plyšáka“ uprostřed třídy a poslala ho s odříkáváním říkanky Leze ráček po potoce Evičce a ta zase dále. Hra na lustr děti také zaujala. Chtěly ji hrát déle, než jsem očekávala. Při hře na tělo Patrik stále předváděl předchozí hru. Evička při této činnosti děti pouze sledovala a postupně se zapojila pouze při zpěvu. Rytmus slov proběhl velmi rychle, protože děti žadonily o hru Na lustr, kterou jsme tedy ještě chvíli hráli. Nakonec jsme si povídali o dojmech z her. Děti byly neposedné a Sylva dokonce začala odcházet pryč ze třídy. Ještě na chvíli jsem všechny zaujala opakováním říkanky

Leze ráček po potoce s pohybem. Nepodařilo se mi však překročit dobu trvání sezení 25 minut.

## **Říjen**

### **1. sezení**

Na toto sezení přišla Sylva s pláčem, protože chtěla jít s maminkou domů a ne být celý den ve školce. Postupně se rozplakala i Evička. Patrik sice nebrečel, ale mrzutý si zalezl pod stůl a nechtěl vylézt. Štěpánka utekla ze třídy celou situaci sdělit přítomným vyučujícím. Hromadně jsme tedy děti uklidnily, ale Patrik zůstal pod stolem odkud sledoval začátek sezení. Sylva s Evičkou se úvodní části také neúčastnily, ale sledovaly Štěpánku při zpěvu a hře na tělo. Při dechových cvičeních se obě děvčata přidala. Patrik se začal pod stolem „pochechtávat“ a při napodobování sovy si také houkal pod stolem. Při hře na farmu vzala Štěpánka jedno ze zvířátek a přinesla ho Patrikovi pod stůl. Patrik po chvíli vylezl a aktivně se zapojil do hry. Tato hra děti natolik zaujala, že nebylo potřeba vymýšlet další nebo náhradní činnosti. Při úklidu zvířátek se Patrik rozpovídal, co všechno se v tomto sezení dělo. Zmínil i svůj úkryt pod stolem. Tvrdil, že si hrál na číhajícího vlka a všechny nás sledoval. Sezení jsem tedy dokončila úklidem farmy poté, co se děti začaly vyptávat na svačinu. I když to na začátku vypadalo, že se sezením vůbec nezačneme, nebo děti vydrží jenom opravdu krátkou dobu, nakonec jsme pracovali 30 minut.

### **2. sezení**

Tento den vládla ve skupině dětí dobrá nálada. Měla jsem pocit, že děti v klidu čekají, co dnes budeme dělat a nemají v úmyslu protestovat. Program na toto sezení jsem měla připravený klidný, kdy děti měly většinu času sedět. Děti byly nadšené hlavně z Orffova instrumentáře. Při výběru nástrojů si jako první vybrala nástroj Štěpánka a to bubínek. Sylva okamžitě sáhla také po bubínku a Patrik zvolil také stejně. Evička nezůstala pozadu a řekla si o bubínek. Děti předváděly různé zvuky, rytmus atd. jednotlivě a ostatní dotyčného sledovaly. I Evička, která se samostatným projevem měla z dětí největší problémy, před dětmi vytukávala na bubínek. Po 15 minutách činnosti v klidu začal zájem dětí opadat. Zvolila jsem tedy jednu dynamickou hru Na sochy. Sylva se v průběhu hry začala vyptávat, kde je paní učitelka a ostatní děti se také přestaly o hru zajímat. Přistoupila jsem tedy k relaxaci Unavený medvídek. Děti relaxaci uvítaly. Při výběru libovolné polohy pro relaxaci, zaujaly děti stejné polohy,

jako při této relaxaci poprvé. Evička chtěla také položit stejně jako minule. Celková doba sezení byla opět 30 minut.

### **3. sezení**

Dnes chyběla Štěpánka. Patrik byl od chvíle, kdy odešel tatínek, který ho přivedl do školky, zalezlý pod stolem a nechtěl s nikým komunikovat. Sylva se asi prvních 10 minut neustále vyptávala na Štěpánku. Evička zase stále opakovala, že je Patrik pod stolem. Začala jsem tedy toto sezení hned po pozdravu dynamicky Opičí rozcvíčkou. Jakmile jsem začala dětem do rytmu zpívat, Patrik opustil svoji skrýš a přidal se. Evička dnes nechtěla vůbec sundat z vozíku, i když měla dobrou náladu. Po celou dobu se na vozíčku cítila spokojená. Při hře Chůze v různém prostředí se Sylva opět začala zajímat o Štěpánku. Přistoupila jsem tedy k dosud pro děti nové hře a to Hře s šátky. Dětem se líbily hlavně šátky a do pohybu jsem je musela nutit. Při hře Oživlé šátky si Patrik a Sylva přisedly k Evičce a přestaly se úplně pohybovat. Ukončila jsem tedy sezení závěrečnou reflexí. Závěrečnou píseň Já mám koně jsem zpívala sama s tichým přízvukováním Evičky. Patrik pobíhal po třídě a Sylva byla na odchodu ze třídy. Doba koncentrace sklouzla opět na 25 minut.

### **4. sezení**

Toto sezení jsme byli opět v plném počtu. Při hře na tělo se začal Patrik předvádět a bavil tím ostatní. Postupně se začala předvádět i Štěpánka. Sylva s Evičkou je se zaujetím sledovaly. Když přišla na řadu hra Oživlé šátky, začala Sylva poučovat Štěpánku, jak se hra hraje. Poté si děti hru zahrály. Dalo mi práci donutit je, aby si sedly a věnovaly se další činnosti. Hra na lustr děti opět bavila. Říkaná Kdo má ruce tleskat musí byla pro děti nová. Při prvním odříkávání a předvádění říkanky se přidala Štěpánka, při druhém Patrik. Evička předváděla jenom pohyb a Sylva nás pouze sledovala. Rozpočítávání zvládla bez pomoci Štěpánka a Patrik, Sylva nechtěla rozpočítávat ani s mojí pomocí. Evička chtěla zase jenom odříkávat a já jsem za ni ukazovala na děti. Další, již známé říkanky Leze ráček po potoce, se účastnili všichni. Pohyb podle rychlosti zpěvu se dětem dařil, bavil je však pouze dvě písničky. Závěrečnou relaxaci všichni uvítali až na Evičku, která pouze sledovala ostatní a chtěla sedět na vozíčku. S dětmi jsem toto sezení pracovala 35 minut.

## **Listopad**

### **1. sezení**

Program tohoto sezení jsem sestavila z her z předešlých dvou měsíců. Jako novou jsem zvolila pouze hru Na kouzelníka. Děti měly radost, že hry znají. Každé hře jsem věnovala tolik času, kolik jsem potřebovala. Toto sezení mě poprvé netlačil nezáměr dětí k rychlému střídání činností. Sezení jsem ukončila po 45 minutách. Děti byly až do konce pozorné.

### **2. sezení**

Toto sezení opět proběhlo bez problémů. Všechny činnosti děti opět znaly. Při opičí rozcvičce se mi podařilo přemluvit všechny děti, aby se každé na chvíli ujalo předvádění různých pohybů. Dokonce ani Evička neprotestovala. Štěpánka se zapojovala do činností nejvíce. Měla jsem pocit, jakoby se ji ostatní snažili napodobit. Patrik měl tendence se zase někam schovat, ale když uviděl, že Štěpánka stále pokračuje ve hře, sednul si zpátky a znovu se zapojil.

### **3. sezení**

Dnes přišla s pláčem Evička. Když uviděla na stole přichystané výkresy, rozplakala se ještě víc. Po dlouhém uklidňování jsem položila Evičku do „koráلكové peřiny“ a zkusila jsem zahájit pozdravem sezení. Sylva se Štěpánkou držely celou rozechřívací část Evičku za ruku a přitom normálně spolupracovaly. Jakmile jsme začali s podáváním a uchopováním míče, byla Evička ochotná se zapojit. Tuto činnost ukončila Evička, protože k mému údivu už chtěla jít kreslit. Děti při kreslení poslouchaly dětské písničky z CD. Čárání při hudbě vyhovovalo Patrikovi, který neustále kreslil kruhy. Tento projev měl, i když jsem po něm chtěla nekreslit něco, co slyší v písničce. Evička při čárání i malování při hudbě kreslila to, co v písničkách slyšela. Sylva sledovala ostatní, ale sama nic nenamalovala. Štěpánka celou dobu malovala písničku Skákal pes. Na tuto písničku se tak zaměřila, že když jsem se jí ptala na ostatní písničky, nemohla si na žádnou jinou vzpomenout. Společná meditace zpěvem byla pro děti nudná. Připravenou písničku jsme zazpívali jednou, protože děti mi už přestávaly věnovat pozornost. Celková doba sezení byla opět 45 minut.

#### **4. sezení**

Toto sezení chyběla Evička. Sylva se opět po Evičce sháněla, jako po Štěpánce, když chyběla. Děti se dnes nějak moc do činnosti nezapojovaly, ale byly hodné a poslouchaly, co jim říkám. Při hře Ptáčci a stromy se Patrik se Sylvou zapojili na popud Štěpánky. Velice uvítaly Orffův instrumentář. Patrik dokonce prohlásil, že si aspoň sedne. Relaxace Domečky byla pro děti nová a Sylva mi řekla, že ji nezná a nebude ji hrát. Opět zapůsobila Štěpánka, která si začala hledat domeček. Lehla si do „korálkové peřiny“ a Sylva si lehla za ní. Patrik se schoulil pod stůl a nanosil si tam polštářky. Toto sezení jsem ukončila po 40 minutách, protože jsem měla vyčerpaný program a hlavně proto, že mi děti přestaly věnovat pozornost.

#### **5. sezení**

Další sezení jsme opět zahájili v plném počtu. muzikoterapeutické činnosti jsem s dětmi prováděla 45 minut bez ztráty jejich zájmu. Sezení jsem tedy ukončovala já. Nejdelší dobu jsme se věnovali závěrečnému povídání. Při dotazech na dnešní sezení mi děti znovu předváděly to, co jsme tento den dělali. Musela jsem děti tišit, aby se ke slovu dostala také Evička, která mluví velmi potichu. Nakonec jsem musela přistoupit k pravidlu mluvčího, které jsem již dříve popsala ve struktuře hodiny.

### **Prosinec**

#### **1. sezení**

Toto sezení opět proběhlo bez problémů a děti mi muzikoterapeutickým činnostem věnovaly pozornost celých 45 minut. Velkému zájmu se těšilo Bubnování dvěma paličkami. Jak jsem věděla již z předešlých sezení, patří bubínky u dětí k nejoblíbenějším nástrojům z Orffova instrumentáře. Patrik si bubnoval i při rozpočítadlech. Bubínek odložil až při Štafetovém zpěvu. Štafetový zpěv zvládly děti bez mé pomoci a celková nálada byla velmi veselá. Zpívání s náladami děti také pobavilo. Nakonec nálady předváděla jenom Štěpánka a ostatní děti hádaly. Ostatním dětem začalo totiž vyhovovat, že se nemusí moc snažit a s radostí přenechaly aktivitu Štěpánce. Závěrečná debata o dojmech z her a cvičení proběhla v klidu. Opět mluvila pouze Štěpánka. Poté, co jsem opět zvolila pravidlo mluvčího, se postupně rozpovídaly i ostatní děti.

## **2. sezení**

Při tomto sezení nebyly žádné problémy až do čmárání a malování při hudbě. Patrik čmáral opět kruhy, Štěpánka kreslila Skákal pes, dokonce i Sylva se pokusila něco nakreslit. Po chvíli však zuřivě zahodila pastelku a šla si od stolu tancovat. Nechala jsem ji, protože tanec patří také do MT činností a Sylva tedy udržela pozornost, i když ne u činnosti, u které jsem chtěla. Evička malovat ani čmárat nechtěla, ale celou dobu komentovala Štěpánky výkres. Do relaxace se opět zapojily všechny děti. Protože relaxaci Unavený medvídek už znaly, než jsem stačila říct, ať si lehnou na zem, už ležely. Evička začala natahovat, když viděla, že děti leží a ona je na vozíčku. Položila jsem ji tedy rychle do „korálkové peřiny“ a lehla jsem si k ní. Evička se přitulila a bylo po pláči. Doba koncentrace dětí byla opět 45 minut.

## **3. sezení**

Dnes děti opět dosáhly vytyčeného maxima 45 minut, kdy mi věnovaly pozornost. Toto sezení bylo zaměřeno Vánočně. Při dotazech na vánoční dárky se děti překřikovaly, i když jsme měli Pravidlo mluvčího. Při hře Na sochy mě mile překvapila Evička, která chtěla ostatním dětem sama zpívat. Děti jí pomáhaly s vymýšlením písniček. Pozornost začala opadat při zpívání koled. Děti koledy nechtěly zpívat, protože jak mi sdělila Sylva, zpívají koledy ve školce každý den a už je to nebaví. Přistoupila jsem tedy k závěrečnému relaxovanému zpěvu. Tato činnost děti natolik pobavila, že se smály jeden druhému, jak bručí. Štěpánka tuto relaxaci nazvala hrou na medvídky.

## **Leden**

### **1. sezení**

Na toto sezení jsem dětem připravila stejné nebo podobné činnosti jako poslední sezení v prosinci. Byla jsem totiž vyučujícími varována, že děti po prázdninách většinou přijdou otrávené a bez zájmu učit se něčemu novému. Někdy i zapomenou už naučené činnosti. Děti nejvíce zaujalo povídání o dárcích, které dostaly. Při hře Na sochy jsem musela zpívat sama, protože děti nechtěly a po dvou písničkách jsem musela pro nezáměr rychle přecházet k další hře. Patrik si po 10 minutách sezení zalezl pod stůl a Sylva se mi začala dobývat do batohu. Abych zpětně získala pozornost dětí, urychlila jsem střídání jednotlivých her. Sylva s Patrikem mi opět začaly věnovat pozornost. Po 20 minutách jsem však sezení ukončila, protože Patrik opět vlezl pod stůl, Sylva



nečinně seděla a nevnímala mě, Evička začala natahovat a Štěpánkami řekla, že už ji to nebaví.

## **2. sezení**

Toto sezení jsem opět pro děti volila již známé MT hry a cvičení. Děti byly klidné. Při úvodním pozdravu chtěla Štěpánka, aby děti pozdravily plyšového pejska, kterého přinesla do školky ukázat z domova. Děti zdravení pejska uvítaly. Sylvě se dokonce tak líbil, že ho nechtěla Štěpánce vrátit. Následovala dynamická hra Ptáčci a stromy, kdy se Sylva pejska vzdala a zapojila se do hry. Hlavní činnost proběhla v klidu. Relaxovaný zpěv už děti nezaujal. Opět se vrátily k plyšovému pejskovi. Sezení jsem po ztrátě zájmu ukončila po 30 minutách.

## **3. sezení**

Dnes se mi podařilo dobu koncentrace u dětí zvýšit od posledního sezení o 5 minut. Doba trvání tedy byla 35 minut. Opět jsem volila známé činnosti. Když jsme došly k říkankám, děti mě mile překvapily. Vzpomněly si na všechny, co jsem je učila a na spoustu dalších. Nejvíce jich vymyslela Evička. Když Evička viděla, že jich umí nejvíce, začala mluvit nahlas. Mluvila nejhlasitěji ze všech jejich dosavadních projevů při sezeních. Doslovně si všechny říkanky nejlépe pamatovala Štěpánka.

## **Únor**

### **1. sezení**

Toto sezení děti zaujalo. Opět došlo k situaci, že jsem po 45 minutách ukončovala sezení. Děti byly oproti začátku předešlého měsíce jako vyměněné. Při hře na Orffovy nástroje se děti zajímaly i o jiné nástroje než jenom o bubínek jak tomu bývalo v předešlých sezeních. Sylva si vždy půjčila to stejné jako Štěpánka. Patrik si vzal vždy to, co nikdo neměl a Evička přijmula každý nástroj, který jsem jí podala. Závěrečná relaxace Domečky byla také úspěšnější než v listopadu, kdy Sylva nechtěla hrát a Patrik si vlezl pod stůl. Všechny děti vyhledávaly domeček a po dospívání písničky si je ochotně vyměnily.

### **2. sezení**

Sezení probíhalo podle mých představ. K jednotlivým činnostem jsem přistupovala podle mého uvážení. Nejdelší dobu jsme se zdrželi u pozdravu, kdy se děti



zdravily zvířecími zvuky. Patrik dokonce pobíhal po třídě a zvířata předváděl. Ostatní děti se mu smály, což ho provokovalo k čím dál většímu předvádění. Plynule jsem tedy přešla ke hře Na kouzelníka. Při této hře se Patrik rozpovídal, že má doma masku kouzelníka. Slíbily jsme si, že na poslední sezení si děti přinesou masky z domu a budeme si v nich hrát. Při hře na Orffovy nástroje se děti až na Patrika zklidnily. Patrik předváděl písničku, což děti pobízelo zpívat mu nahlas a vesele do rytmu. Ani při Jednodušších formách hry se Patrik neuklidnil. Dvě děti hrály na nástroje (vždy Evička s jedním z děvčat). Patrik tancoval neustále a u něj se střídala Štěpánka se Sylvou. Závěrečná část proběhla bez problémů. Celková doba koncentrace dětí byla 45 minut.

### **3. sezení**

Předposlední sezení chyběla Evička. Dnes se Sylva po Evičce kupodivu nesháněla. Děti přišly do školky dobře naladěné a hned jak mě uviděly, vyptávaly se, co budeme dnes dělat. Jelikož se jednalo o jednu ze závěrečných hodin, neučila jsem děti už nic nového. Děti u jednotlivých činností vydržely déle než jsem předpokládala. Už v průběhu sezení jsem byla přesvědčena, že vydrží 45 minut koncentrace. Ke konci sezení jsem musela díky pokročilému času přechody k dalším činnostem urychlit. Při relaxovaném zpěvu jsme stihli jenom jednu písničku. Děti opravdu vydržely celých 45 minut bez problémů.

### **4. sezení**

Poslední sezení děti přišly v maskách, jak jsme se dohodli. Evička byla klaun, Štěpánka Turecká tanečnice, Patrik byl kouzelník a Sylva šla za Pipi dlouhou punčochu. Po povídání o každém z kostýmů se Evička rozplakala. Potom nám sdělila, že jí bylo líto, že jí maminka nestihla namalovat červené tváře. Domalovala jsem tedy Evičce tváře a Štěpánka jí zatancovala. Děti si mohly vybrat, co chtějí dělat. Patrik chtěl hned hrát podle svého kostýmu na kouzelníka. Štěpánka zase chtěla tancovat podle rytmu. Sylva nemohla nic vymyslet. Jelikož k Pipi Dlouhé Punčoše patří kůň, kterého Sylva měla (koňskou hlavu na tyči), nabídla jsem jí hru na farmu. Evička také nevěděla. Nabídla jsem jí jednu z relaxací, protože jsme zatím neměli žádnou uklidňující činnost. Vybrala si Unaveného medvídku. Celé sezení trvalo 45 minut.

## **5.6 Individuální činnost**

V této části práce s dětmi jsem využívala experiment, který jsem s dětmi prováděla a výsledky dětí pozorovala a hodnotila. Z MT činností jsem pro ovlivnění grafomotoriky využívala rytmus.

Vždy po skončení společných MT činností, jsem se snažila každému dítěti věnovat 15 minut individuálně. Zaměřila jsem se na grafomotorická cvičení, která byla doprovázena rytmem řeči, zpěvu nebo hudby.

Individuální činnost jsem zvolila z důvodu, že každé dítě s DMO má rozdílné potřeby, co se týče dopomoci, polohy při činnosti, přidržování papíru, techniky kreslení. Jde o činnost, kdy dítě potřebuje nerušený klid, aby se mohlo lépe soustředit. Tuto samotnou aktivitu jsem zařadila za skupinovou MT, protože ve skupině se děti pohybovaly, uvolnily si tedy a rozcvičily ruce a skupina je více motivovala k aktivitě.

### **5.6.1 Vstupní pozorování**

Abych se nedopouštěla chyby nevědomé převýchovy leváka, na počátku experimentu jsem si dominanci u každého dítěte ověřila pozorováním při hře a kreslení. Následně jsem výsledky pozorování konzultovala s vyučujícími v MŠ. Zjistila jsem, že všechny čtyři děti jsou praváci. Při vstupním hodnocení grafomotoriky jsem vycházela z anamnézy dokumentace MŠ a z pracovních sešitů dětí. Vše jsem konzultovala s vyučujícími. Hodnocení grafomotoriky viz anamnéza.

### **5.6.2 Vedení muzikoterapeutických činností**

Při práci s dětmi jsem dodržovala některé pokyny pro grafomotorické cvičení podle Looseové (2001). List jsem dítěti na stůl připevnila nebo jsem ho držela. Začínali jsme se silnými tužkami, v některých případech se silnými voskovkami v podobě myši. Tužky byly měkké, aby nezvyšovaly zbytečně tělesné napětí. Každý cvičný list byl opatřen datem a jménem. Všechny jsem kontrolovala a zakládala, abych mohla doložit změny. Nikdy jsem neopravovala cvičení během provádění, ale o výsledku jsem si s dítětem potom popovídala. Snahu dítěte jsem hodnotila více než skutečný výsledek. Nejdříve jsem si cvičení vyzkoušela sama, abych zjistila náročnost a abych věděla jaké mohu mít na děti požadavky. Snažila jsem se u dětí o dobré držení těla a tužky v rámci jejich možností. Děti pracovaly v sedě, využívaly běžných dětských židlí nebo speciální ARIS židle, protože na běžné židli by dítě nemělo potřebnou stabilitu a bylo by

nerovnováhou stále rušeno. V MŠ mají třídu vybavenou stolky různé velikosti, a proto se pro každé dítě najde vhodná výška stolku. Dále jsem se zabývala výškou židle tak, aby dítě mělo stehna zhruba vodorovně, holeně svisle. Během práce jsem dítě upozorňovala na vzpřímené sezení, ale napomínání jsem se snažila nepřehánět. Dítě by z neustálého napomínání a ze snahy o zlepšení držení těla mohlo mít např. křečovitě postavení ramen. Pokud to bylo možné, kontrolovala jsem položení dominantní ruky od lokte po zápěstí na podložku. Děti, které nosí brýle, je měly i při grafomotorice. Všechna tato pravidla jsem používala a upravovala podle možností a potřeb dětí.

### **5.6.3 Volba tématu**

Děti, s kterými jsem pracovala půjdou postupně během dvou let do školy. Z těchto důvodů jsem se zaměřila na procvičování prvků písma pomocí rytmu. Co se týče horních končetin si rytmizace klade za úkol lepší osvojení plynulého pohybu a základních pohybových dovedností. Vývoj prvků písma probíhá v chronologickém sledu, snažila jsem se pořadí nácviku dodržovat. Pokračovala jsem dalšími prvky písma, i když děti předchozí prvky dobře nezvládly. Snažila jsem se tím, aby děti neměly stereotyp a měly chuť do další práce. Postup nacvičování jsem rozložila do šesti měsíců. Tyto prvky jsou: volná čára, orientovaná čára, kruh, obloučky nahoru a dolů, smyčka nahoru a dolů.

### **5.6.4 Struktura cvičení**

Před samotným malováním jsme si řekli nejprve říkanku, zazpívali písničku nebo poslechli hudbu, která následující činnost měla podpořit. Potom jsme malovali do vzduchu to, co později na papír. Dále jsme uchopovali různé předměty a ohmatávaly je. Pro samotné malování jsme používali různé předkreslené předlohy, kam děti prvky doplňovaly. Předlohy jsem užívala podle Looseové (2001) a Michalové (2002). Někdy děti zase malovaly na čistý papír. Prvky jsme tedy nacvičovaly izolovaně, jako doplňování nebo celé kreslení obrázků. Při nacvičování nového prvku písma jsem se vždy snažila k předešlým prvkům vracet.

### **5.6.5 Program činností**

#### **Září, Říjen**

Volná čára, orientovaná čára, kruh

#### **Listopad**

Přidáme obloučky nahoru

#### **Prosinec**

Přidáme obloučky dolů

#### **Leden**

Přidáme smyčka nahoru

#### **Únor**

Vše opakujeme

### **5.6.6 Průběh sezení**

#### **Září**

##### **Štěpánka**

Štěpánka spolupracovala vždy v úvodní části, kdy jsme zpívaly písničky, malovaly do vzduchu a povídaly si. Štěpánka však chtěla ve dvou ze čtyř sezení v povídání pokračovat a zpívat písničky. Když Štěpánka spolupracovala, malovali jsme podle předtištěných předloh.

##### **Patrik**

Tento měsíc jsem Patrika ani jednou nedonutila k malování. Vždy si vlezl pod stůl a nechtěl se mnou komunikovat.

##### **Sylva**

Sylva spolupracovala ze čtyř sezení jednou. Zkoušely jsme tedy malovat podle předlohy. První výkres Sylva po chvíli malování roztrhala. Když jsem jí dala další, začala znovu malovat. Ve třech sezeních, kdy nespolečně pracovala jsem ji k činnosti nenutila, protože vždy hrozilo, že se rozpláče.

##### **Evička**

Evička byla z dětí tento měsíc nejvzornější, protože pokaždé spolupracovala. Úvodní část malování ji vždy velice bavila. Při samotném malování namalovala vždy jednu čáru nebo kruh a chtěla měnit barvu pastelky. Zabývaly jsme se tedy více barvami než samotnou grafomotorikou.

## **Říjen**

### **Štěpánka**

Tento měsíc se více soustředila a vydržela vždy pracovat celých 15 minut. Jednou však chyběla.

### **Patrik**

Patrik se tento měsíc ani jednou neschoval pod stůl. Podařilo se mi však s ním namalovat v každém sezení pouze jeden obrázek podle předlohy. Při malování kruhu Patrik vždy začal čmárat po papíře a už mě neposlouchal. Nechtěl ani měnit barvy, maloval pouze fialovou.

### **Sylva**

Sylva si pouze jedno sezení sedla ke stolečku a spolupracovala. Při malování kruhu se rozplakala. Říkala, že nebude nic malovat, když jí to nejde. Při ostatních pokusech, kdy jsem se ji snažila přemluvit k činnosti jsem neuspěla. Sylva si vůbec nechtěla sednout ke stolečku a utíkala ze třídy.

### **Evička**

Evička dvakrát spolupracovala celých 15 minut. Další sezení se soustředila prvních 5 minut a potom říkala, že už nechce nic dělat. Malovaly jsme podle předloh, což Evičku nebavilo. Zábavné pro ni bylo malování na čistý papír na motivy písničky.

## **Listopad**

### **Štěpánka**

Program tento měsíc Štěpánku zřejmě bavil. Při malování vymýšlela sama písničky. Většinu hodin chtěla malovat podle předloh. Jedno sezení jsem ji k nácviku grafomotoriky nepřinutila, protože chtěla malovat písničku Skákal pes.

### **Patrik**

Patrik byl tento měsíc pozorný a ochotný spolupracovat zhruba z poloviny. Prvních pět minut vždy spolupracoval. Zbytek sezení se mnou někdy nekomunikoval a někdy si čmáral na papír. Podle předlohy maloval jednou. Když jsem položila na stůl výkres s předlohou, většinou ho otočil na druhou stranu a čmáral si.

### **Sylva**

Tento měsíc si Sylva kupodivu pokaždé sedla ke stolečku. Pokaždé něco namalovala. Většinou si však malovala, co sama chtěla. Konec měsíce byl do této doby z hlediska nácviku grafomotoriky nejúspěšnější. Poslední dvě sezení v listopadu se vydržela polovinu času pro grafomotoriku věnovat malování podle předloh.

## **Evička**

Evička jednou chyběla. Zbytek individuální MT činnosti většinou nechtěla malovat. Chtěla po mně ať maluji, aby si mohla výkresy vzít domů. Při mém malování mi odříkávala říkanky a zpívala písničky. Koncem měsíce něco málo nakreslila i ona sama. Prvek obloučky nahoru ji zaujal, hlavně když se podle předlohy domalovávaly jako když skáče míč.

## **Prosinec**

### **Štěpánka**

Tento měsíc měl u Štěpánky zhruba stejný průběh jako listopad.

### **Patrik**

Patrika při prvních dvou sezeních bavila nejvíce úvodní část. Při malování podle předloh dělal schválně z legrace drahoty, ale poté se věnoval činnosti. Poslední prosincové sezení se opět schoval pod stůl a ležel tam ještě když jsem pracovala s Evičkou.

### **Sylva**

V úvodní části spolupracovala vždy. Při nácviku grafomotoriky se jednou rozplakala a musela ji přijít uklidnit paní učitelka. Poté se už k činnosti nevrátila. Ostatní sezení se mi s ní podařilo pracovat podle připraveného programu.

## **Evička**

Tento měsíc Evička všechny tři sezení neustále mluvila o Vánocích. Chtěla si povídat a nebo zpívat. V jednom ze sezení byla velmi roztržitá a veselá, ale v zápětí začala plakat. Když se uklidnila, byla kupodivu ochotná ještě malovat.

## **Leden**

Tento měsíc jsem nerozepsala, protože chování všech dětí bylo velmi podobné. Děti nejevily zájem ani o úvodní část individuální MT. U Evičky a Sylvy jsem se setkávala často s pláčem. Ke konci měsíce se zájem trochu zlepšil.

## **Únor**

### **Štěpánka**

V tomto měsíci Štěpánka spolupracovala každé sezení po celou dobu. Zvládla tedy doposud namalovat nejvíce výkresů. V závěru každého sezení jsem ji musela přemlouvat, aby činnost ukončila.

### **Patrik**

Patrik se opět choval stejně jako během ostatních měsíců. Jednou si vlezl po stůl, jednou jenom čmáral atd. V úvodní části však vždy spolupracoval.

### **Sylva**

Polovinu sezení spolupracovala. Jednou odmítla úvodní část a chtěla hned malovat, ovšem vydržela pracovat pouze 5 minut a utekla od stolečku. Další sezení plakala, ale podařilo se mi ji uklidnit. Poté jsme zvládly jeden výkres. Zbytek sezení byla Sylva při činnosti velmi aktivní a dokonce nechtěla pustit ke stolečku Evičku, která byla po Sylvě na řadě.

### **Evička**

Individuální MT se tento měsíc účastnila pouze dvakrát, protože jí tento měsíc začal intenzivní rehabilitační program, kam s maminkou po skupinové MT odcházela. Ve dvou zbývajících sezeních se její chování oproti ostatním měsícům nezměnilo. Obě sezení chtěla, abych jí něco namalovala a poté sama nakreslila výkres. Jednou podle předlohy a jednou sama.

## **6 Výsledky**

### **6.1 Skupinová muzikoterapie**

Při tomto druhu MT, kde jsem se snažila ovlivnit koncentraci u dětí s DMO, jsem zjistila, že je to možné. K tomuto výsledku jsem se dobrala po několikaměsíčním působení na děti. Nedocházelo však k plynulému zlepšování.

#### **Září**

Koncentrace dětí byly malé. Celková doba činnosti byla 20 minut. Po této době se mi již nepodařilo děti v pozornosti udržet. Docházelo k rychlému střídání činností.

#### **Říjen**

Koncentrace se postupně o 10 minut zlepšila. Nemusela jsem tak rychle měnit hry. Děti měly větší radost z činnosti. Nejvíce se zapojovaly už do známých her.

#### **Listopad**

Tento měsíc byl opět o něco úspěšnější. Děti se dokázaly soustředit celých 45 minut. Začaly se i více aktivně zapojovat.

#### **Prosinec**

Hodinu jsem ukončovala již sama po 45 minutách. Do této doby rozhodovaly o délce trvání děti svým zájmem a udržením pozornosti.

#### **Leden**

Tento měsíc jsem s dětmi opět začala pracovat po třech týdnech pauzy. Pozornost dětí byla opět odbíhavá, byly roztržité nebo nejevily zájem o hry a objevil se negativismus. Poslední lednové sezení jsme se opět dopracovali z pozornosti 20 minut na 35 minut. Činnost jsem však vždy dokončovala pro nezájem dětí.

#### **Únor**

Děti jakoby vrátily „do starých kolejí“. Nabízené hry se jim líbily, pracovaly s radostí a opět udržely koncentraci 45 minut.

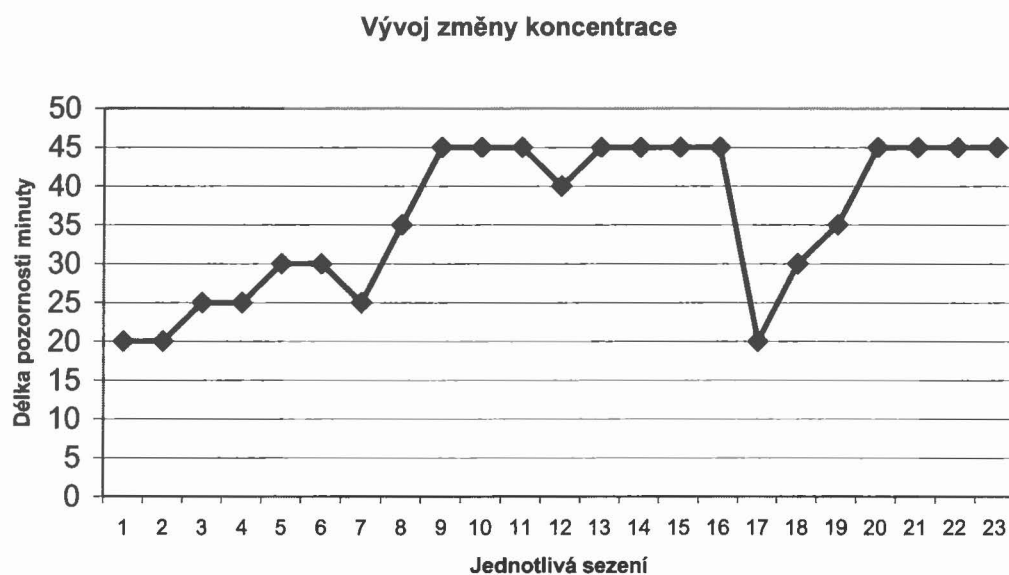
Počet her byl většinou ve všech sezeních stejný. Rozdíly byly v čase, který byl



**Tabulka 1: Délka pozornosti během jednotlivých sezení v minutách**

září		říjen		listopad	
sezení	pozornost	sezení	pozornost	sezení	pozornost
1	20	1	30	1	45
2	20	2	30	2	45
3	25	3	25	3	45
4	25	4	35	4	40
5		5		5	45
prosinec		leden		únor	
sezení	pozornost	sezení	pozornost	sezení	pozornost
1	45	1	20	1	45
2	45	2	30	2	45
3	45	3	35	3	45
4		4		4	45
5		5		5	

**Graf 1: Vývoj délky koncentrace**



## **6.2 Individuální muzikoterapie**

V individuální MT, kde jsem se snažila ovlivnit grafomotoriku pomocí rytmu v návaznosti na skupinovou MT, jsem žádné změny nezaznamenala. Během všech měsíců jsem shledala vždy stejné výsledky. Někdy jsem k žádným výsledkům díky velkému negativismu dětí nedošla. Opět jsem konzultovala s vyučujícími a rodiči dětí. Vyučující mi potvrdily, že některé děti neudělají pokrok v grafomotorice třeba celý rok.

Výsledky grafomotoriky jednotlivých dětí jsou obsaženy v příloze – obrázek 13 až 16.

## 7 Diskuse

Jak jsem již uvedla v teoretické části, s diagnózou DMO souvisí spousta poruch různého rozsahu. Na některé z nich jsem se snažila působit a kladně je ovlivnit. Zjistila jsem, že koncentrace u dětí s DMO pomocí MT činností zlepšit lze. Musí však docházet k pravidelnému působení na děti. Při delší pauze (v našem případě 3 týdny) děti opět sklouzly k roztěkanosti a hůře se soustředily na předkládanou činnost. Ke zlepšení koncentrace opět došlo po určité době. Doba byla tentokrát kratší. Jak jsem se dočetla u autorů zabývajících se problematikou dětí s DMO, většina z nich klade velký význam na pravidelnost při ovlivňování poruch. S tímto plně souhlasím, ale někdy je pauza nevyhnutelná např. prázdniny, nemoc.

Z hlediska MT hrála, podle mého názoru, důležitou roli při zlepšování koncentrace doba trvání jednotlivých her, volba tématu a věkově odpovídající hry. Dále přičítám úspěch již dříve zmíněné pravidelnosti činnosti v rámci možností, motivaci, působení skupiny na jednotlivce a jednotlivce na skupinu, stejnému prostředí, poloze dětí.

Jak uvádí Holzknecht (1969), je hudební činnost a hlavně zpěv dětem velmi blízký a těší se tedy jejich zájmu. Dále uvádí, že kořeny úspěchu nebo naopak neúspěchu při rozvíjení zpěvnosti a hudebních schopností vůbec je třeba především hledat v předškolním věku. Podle mého názoru je tomu tak i s koncentrací. Myslím si, že je tedy dobré spojit příjemné (hudby, zpěv atd.) s užitečným (ovlivnění koncentrace). V ovlivnění koncentrace však nejdůležitější roli podle mého názoru sehrála hra. Hra je přirozená činnost dětí a vlastně také nejoblíbenější. Hra nebo úkol musí odpovídat vývojovému stupni dítěte (Pausewangová, 1992). Tohoto pravidla jsem se držela, a proto jsem volila hry pro mladší kategorii (méně než 6 let). Nedržela jsem se tedy biologického stáří dětí, ale mentálního vývoje, který uvádím v popisu jednotlivých diagnóz.

Dílejší roli hrála volba tématu, i když se mi vyplácelo pravidlo opět podle Pausewangové (1992), že je lepší využít toho, co děti znají a co zažily. Spíše než volba tématu je důležitější správná motivace. Motivem může být vše, co dítě podnítí k tělesné nebo psychické aktivitě a udržuje ho v ní. V případě této práce měly být motivem MT hry. Motivace však nesměla být přehnaná, děti jsem do činnosti nepřemlouvala, ale snažila jsem se upoutat jejich pozornost, aby hry alespoň sledovaly a popřípadě se později zapojily. Jako dobrý motiv k činnosti se mi osvědčilo využití her z předchozích sezení. Děti měly radost, že je to něco známého a mohou se před ostatními předvést, jak

jim to jde. Tím opět potvrzuji již dříve uvedené, že je lepší využít toho, co děti znají a zažily.

Osvědčila se mi struktura hodiny podle Šimanovského (1998). Nemohla jsem však použít procentuální zastoupení jednotlivých částí této struktury, protože jsem sezení přizpůsobovala pozornosti dětí. Ke střídání činností docházelo většinou rychleji než Šimanovský doporučuje. Nevím tedy, jestli bych dosáhla lepších, stejných nebo horších výsledků, kdybych délku částí dodržela.

Ve výčtu dobrých vlivů na koncentraci dále uvádím působení skupiny na jednotlivce a naopak. Činnost v kolektivu umožnila střídání aktivní cvičení s odpočinkem. Tímto způsobem jednotlivé děti vydržely pracovat déle a s menší únavou než při individuální činnosti. Při práci v kolektivu bylo možno střídání cvičení dvojic nebo jednotlivých dětí, takže každé dítě se střídavě účastnilo her a odpočívalo. Šlo však o aktivní odpočinek, neboť při něm děti sledovaly hry ostatních dětí. Kábele (1988) uvádí, že účelné střídání činnosti a odpočinku přispívá k psychohygieně činnosti.

Podle porovnání skupinové MT a individuální jsem měla pocit, že skupinová MT byla pro děti zajímavější a radostnější. Ztotožňuji se s názorem Kábeleho (1988), který uvádí, že v dětském kolektivu je možno využít dobrého příkladu druhých a přimět děti k soustředěnější pozornosti a k lepšímu výkonu vhodně navozeným a přiměřeným soutěžením. V každém kolektivu se téměř vždy najde tzv. „tahoun“ skupiny. I v této malé skupince se našel. Štěpánka byla z dětí nejméně postižená a jako jediná z dětí měla zdravé ruce. Činnosti jí tedy šly nejlépe a ostatní děti se ji snažily napodobit. Z hlediska koncentrace vydržela z dětí nejdéle a tím částečně motivovala ostatní k pozornosti. Pokud byla Štěpánka nemocná koncentrace dětí byla horší.

Jeden z dalších faktorů, který přispěl k úspěšnému ovlivnění koncentrace, bylo neměnné prostředí. Myslím si, že nejenom tyto děti potřebují pro koncentraci prostředí, které je neruší a zbytečně neodpoutává jejich pozornost. MT probíhala vždy ve stejné třídě, která neměla daleko od ideální doporučené místnosti Šimanovským (1998). Tak trochu navíc tu byla police s hračkami, která však pozornost dětí neodváděla a dalo se z ní použít spousta rekvizit. Děti tuto třídu velmi dobře znaly.

Dále bych se zmínila o poloze dětí při činnosti. Nejde jenom o polohu při MT, ale u veškerého nácviku dovedností a zlepšování porušených funkcí. Autoři (Kraus, Komárek, Kábele atd.), zabývající se problematikou těchto dětí, většinou na problém vhodné polohy upozorňují. Důležitá je při poloze stabilita. Pokud je narušena, děti se soustředí na její udržení a nevěnují ničemu jinému pozornost. Děti špatně hodnotí

polohu vlastního těla a hůře se orientují v tělesném schématu. Polohu dětí jsem tedy volila podle vlastního pocitu dětí a dále jsem konzultovala s vyučujícími. Význam mělo i zvážení polohy z hlediska psychického působení na děti. Děti při MT činnosti zaujímaly všechny zhruba stejné polohy, aby nedocházelo k pocitům méněcennosti. Bohužel se mi stalo, že jsem tuto možnou chybu nezvážila hned na samém začátku a potýkala jsem se s pláčem jednoho z dětí. Ostatní děti byly z této situace rozrušené a velice těžko jsem všechny dále motivovala k další spolupráci. Této chyby jsem se poté už vyvarovala, takže výsledek práce neovlivnila.

Závěrem lze tedy k potvrzení první hypotézy říci, že k jejímu potvrzení přispělo mnoho faktorů. Na nejdůležitější místo jsem postavila hru a to MT hru. Další faktory, které se na úspěchu podílely se podle mého názoru nedají seřadit na stupnici. Každé z dětí je individualita a nedá se tedy přesně zjistit, co které dítě k výsledné koncentraci dovedlo.

Jak uvádím ve výsledcích, druhá hypotéza ohledně grafomotoriky se mi nepotvrdila. Pátrala jsem tedy podle zpětného hodnocení experimentu a podle literatury po možných příčinách neúspěchu.

Hned jako první, co mě napadlo, byla doba trvání výzkumu. Pro takto postižené děti šlo zřejmě o velmi krátkou dobu na zlepšení tak závažné poruchy. I vyučující mi potvrdily, že to co dnes děti v grafomotorice umí, s nimi budovaly celou jejich dosavadní předškolní docházku.

Všechny děti kromě Štěpánky mají postižené dolní, ale i horní končetiny. Štěpánka má ruce zdravé. Opět tedy mohu konstatovat, že vzhledem k postižení dětí jsem zvolila krátkou dobu působení. Musím však uvést, že ke zlepšení nedošlo ani u Štěpánky. Myslím si, že ke zlepšení nedošlo nejenom kvůli krátké době, ale svoji roli hrály i další faktory. Ve vývojové psychologii se můžeme dočíst o období vzdoru kolem 4. roku života dítěte. Děti, s kterými jsem pracovala měly 6 let. Jejich mentální vývoj však odpovídal 4 rokům a pohybový vývoj byl ovlivněn rozsahem tělesného postižení. Vraťme se tedy k mentálnímu vývoji. Děti byly při práci negativistické a někdy se do malování vůbec nepustily.

V porovnání se skupinovou MT mě nezájem dětí překvapil. Kábele (1988) uvádí, že samotné dítě s dospělým může být ve stavu určitého napětí a stísněnosti, že je soustředěně pozorováno. Neměla jsem však pocit, že měly děti tento problém, protože negativismus se ve většině případů projevil vždy, až když jsem chtěla, aby dítě začalo kreslit. Naopak si myslím, že individuální přístup je v případě grafomotoriky lepší. I

v literatuře (Looseová 2001), s které jsem čerpala se klade důraz na individuální činnost.

Negativismus dětí jsem si částečně vysvětlila jejich mentálním vývojem a celkovým negativním přístupem k malování. Děti by možná malovaly rády, kdyby je ruce více „poslouchaly“. Měla jsem totiž v závěru sezení s některými dětmi pocit, že jsou ze svého výkonu zklamané. Děti si nechtěly o jejich výsledku ani povídat. Konzultovala jsem výsledek grafomotoriky také s rodiči. Rodiče potvrdily nezáměr dětí o malování i doma.

Nevím také, jestli bylo správné zařadit individuální činnost hned za skupinovou. Měla jsem asi brát více v potaz poruchu koncentrace. Na děti byla asi doba mého působení příliš dlouhá. V úvodní části grafomotoriky ( tleskání, zpívání atd. ) se volba návaznosti jevila jako vhodná. Děti většinou spolupracovaly, činnost jim šla, protože vždy něco podobného dělaly se skupinou. Jak jsem již uvedla, při samotném malování zájem opadl. Děti měly odbíhavou pozornost a nebo úplně utíkaly od činnosti. V únoru byla koncentrace dětí ze všech měsíců nejlepší, ovšem ke zlepšení grafomotoriky opět nedošlo. Pokud by se však koncentrace dále udržela nebo ještě více zlepšila a experiment by dále pokračoval, není vyloučeno, že by postupně došlo k úpravě grafomotoriky.

Další z faktorů, který měl podle mého názoru vliv na výsledek je, že děti s diagnózou DMO jsou emocionálně nevyrovnané, nálady se u nich velice rychle střídají. Z dobré nálady se náhle vyklube pláč a naopak. Emocionální nevyrovnanost byla patrná u všech vybraných dětí kromě Štěpánky.

Jak je tedy vidět, ve výsledku hraje roli spousta faktorů. Nejvýznamnější je však podle mého názoru u dětí období negativismu.

## 8 Závěr

Dětská mozková obrna je již pro většinu lidí známé postižení. Snad každý z nás se s někým s touto diagnózou setkal. Při léčbě tohoto postižení hrají rozhodující úlohu příslušné složky léčebné rehabilitace, ale i další oblasti ucelené rehabilitace, kam spadá i muzikoterapie. Dá se tedy říci, že kvalita života těchto jedinců závisí z velké míry na působení vhodných postupů a technik na poruchy provázející postižení. Tyto poruchy jsou způsobeny postižením mozku.

Důležitou roli v ovlivňování poruch sehrává věk. Mozek malého dítěte je velmi plastický, a je tedy schopen jednak regenerace, ale také kompenzace vzniklého poškození (Kotagal, 1997). Proto jsem si pro svůj experiment vybrala děti předškolního věku.

Jako metodu pro ovlivnění koncentrace a grafomotoriky jsem si v této práci vybrala muzikoterapii. Tuto metodu využívám v rámci speciální pedagogiky což znamená, že hudba zde hrála menší roli. Šlo spíše o rozličné důmyslné a funkční muzikoterapeutické hry. Hudba se omezovala jen na jednoduché popěvky, dětské písničky, říkankové melodie, jednoduché rytmické projevy. Při ovlivňování koncentrace jsem využívala skupinovou muzikoterapii a při nácviku grafomotoriky byla využita individuální muzikoterapie.

Výsledky experimentu jsou u obou těchto terapií rozdílné. Koncentrace se u dětí postupně zlepšila, i když ne plynule. Ke zlepšení grafomotoriky jsem s dětmi nedospěla.

Při provádění experimentu jsem měla maximální podporu pedagogů mateřské školy na Kociánce v Brně. Vyučující mi vycházeli vstříc v mých požadavcích. Před, v průběhu a v závěru experimentu jsem s nimi o dětech diskutovala. I rodiče dětí, kteří byli informováni o průběhu MT činností se mi snažily pomoci a to především při konzultaci o vstupním pozorování.

## 9 Referenční seznam

- Dvořáková, H.**, (2002). *Pohybem a hrou rozvíjíme osobnost dítěte*. Praha: Portál. (80-7178-693-4).
- Edelsberger, L., Kábele, Fr., Ludvík, Fr., Martinovská, M., a kol.**, (1978). *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. (14-804-78).
- Hála, B.**, (1962). *Hlas – řeč – sluch: základy fonetiky a logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Havlínová, M.**, (1995). *Zdravá mateřská škola*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-048-0.
- Holzknicht, V., Poš, V.**, (1969). *Člověk potřebuje hudbu*. Praha: Panton. (35-791-69).
- Jankovský, J.** (2001). *Ucelená rehabilitace dětí ( s tělesným a kombinovaným postižením )*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-192-7.
- Jebavá, J.**, (1997). *Úvod do arteterapie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-394-6.
- Jeřábková, B.**, (1993). *Mateřská škola jako životní prostor*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-0830-X.
- Kábele, Fr.** (1988). *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Komárek, V., Zumrová, A.** (2000). *Dětská neurologie, vybrané kapitoly*. Praha: Galén. ( ISBN 80-7262-081-9.
- Kotagal, S.** (1996). *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton. ISBN 80-85875-06-3.
- Kraus, J.** (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- Kyllerman, M.**, (1983). *Dyskinetická cerebrální palsy*. vl. n: Goteborg.
- Linka, A.** (1997). *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.
- Lechta, V.**, (1990). *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství. ISBN 80-08-00447-9.
- Looseová, A., Pierhert, N., Diener, G.**, (2001). *Grafomotorika pro děti předškolního věku*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-540-7.
- Loose, A., Pierhert, N., Diener, G.**, (2001). *Grafomotorika pro děti předškolního věku: pracovní listy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-541-5.
- Marek, V.** (2000). *Tajné dějiny hudby: zvuk a ticho jako stav vědomí*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-037-5.



- Mátejová, Z.** (1991). *Základy teorie a praxe muzikoterapie*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 80-223-0401-8.
- Michalová, Z.**, (2002). *Čára Máry: pracovní sešit pro rozvoj grafomotoriky*. Havlíčkův Brod: Tobíáš. ISBN 80-7311-013-X.
- Montessori, M.**, (1998). *Tajuplné dětství*. Praha: Nakladatelství světových pedagogických směrů. ISBN 80-86-189-00-7.
- Pausewangová, E.**, (1992). *100 her k rozvoji tvořivosti v předškolním a mladším školním věku*. Praha: Portál. ISBN 80-85-282-59-3.
- Pavlovská, O.**, (1980). *Pósobenie hudby na handicapované děti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství.
- Pokorná, P.**, (1982). *Úvod do muzikoterapie pro speciální pedagogiku – obor vychovatelství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Seeman, M.** (1955). *Poruchy dětské řeči*. Praha.
- Schneiberg, Fr.**, (1998). *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-654-6.
- Schwabe, Ch.**, (1987). *Regulative Musiktherapie*. Georg Thieme Leipzig.
- Szabová, M.**, (1999). *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-276-
- Šimanovský, Z.** (1998). *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-264-5.
- Škodová, E., Jedlička, I. a kol.** (2003). *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- Šlapal, R.** (1996). *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-17-6.
- Vítková, M.**, (1999). *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido. ISBN 80-859-31-69-9.
- Vrkočová, L.**, (1996). *Slovníček základních hudebních pojmů*. Vydáno vlastním nákladem. ISBN 80-901611-3-8.

## **10 Přílohy**

## **Seznam příloh**

### **Skupinová muzikoterapie**

Obrázek 1 – Orffův instrumentář – Evička

Obrázek 2 – Hra s dětskýma hrkačkami – Evička

Obrázek 3 – Karneval – Orffův instrumentář

### **Grafomotorika**

Obrázek 4 – Pomůcky pro malování ( pro Evičku)

Obrázek 5 – 8 – Malování podle předloh

### **Čmárání na hudbu**

Obrázek 9 – 10

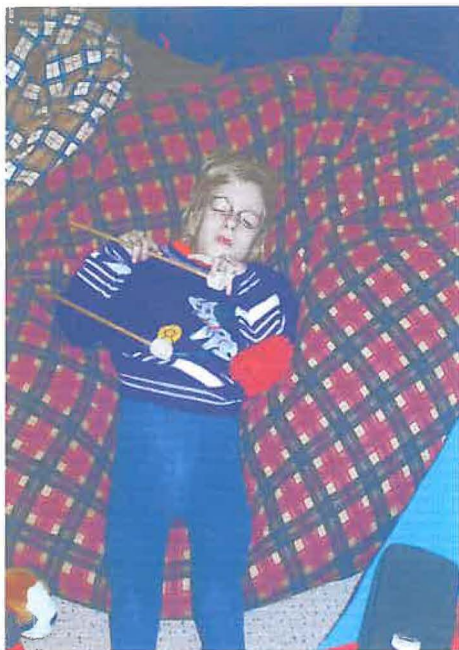
### **Malování na hudbu**

Obrázek 11 – 12

### **Výsledky grafomotoriky**

Obrázek 13 – 16

## Skupinová muzikoterapie



Obr. 1

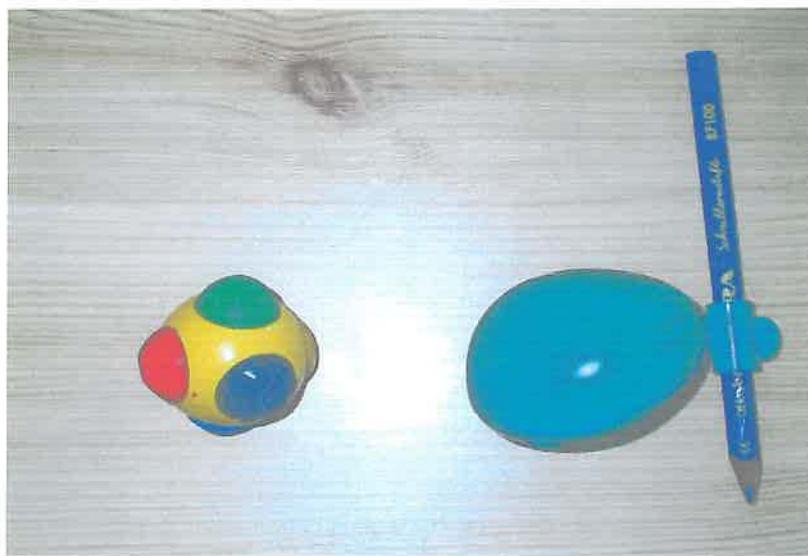


Obr. 2

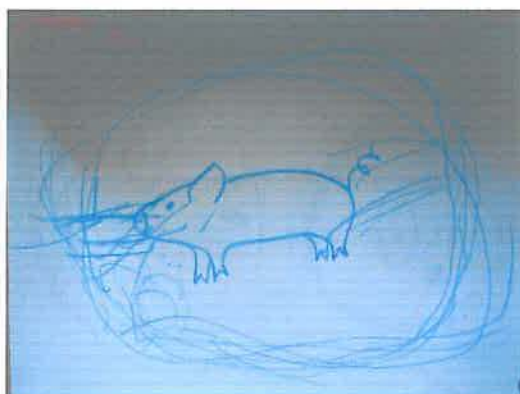


Obr. 3

## Grafomotorika



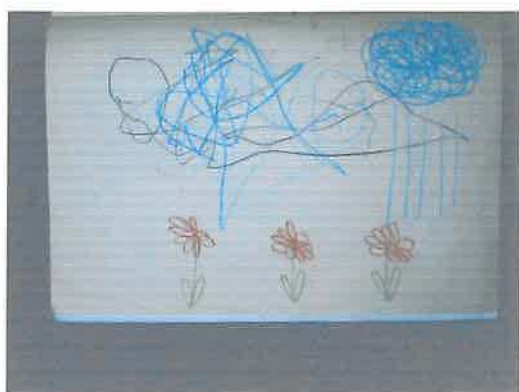
Obr. 4



Obr. 5



Obr. 6



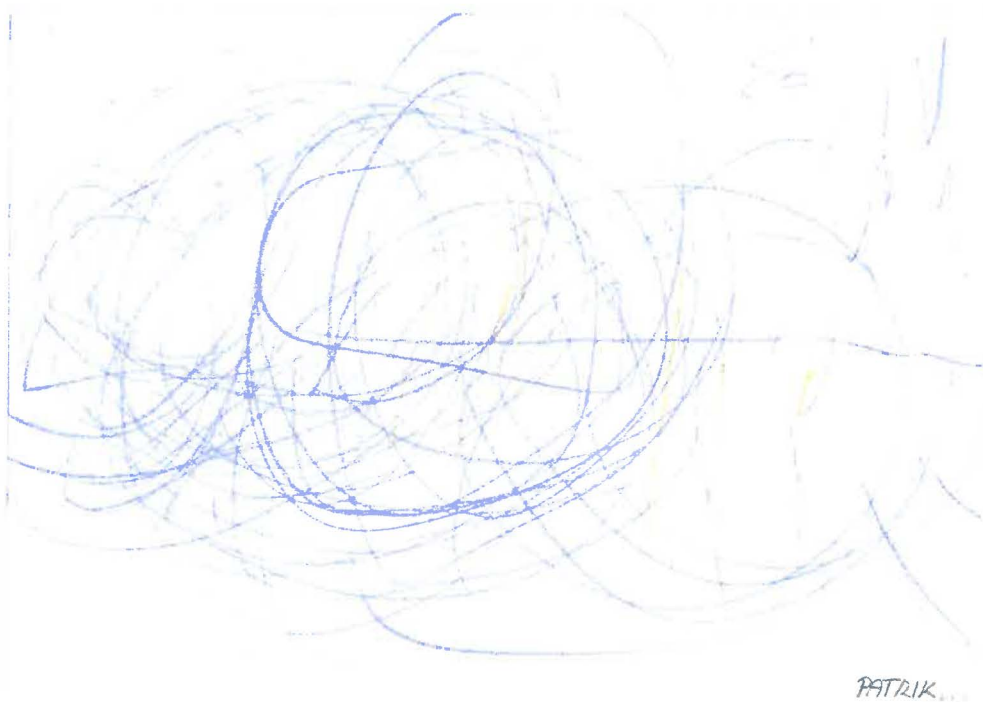
Obr. 7



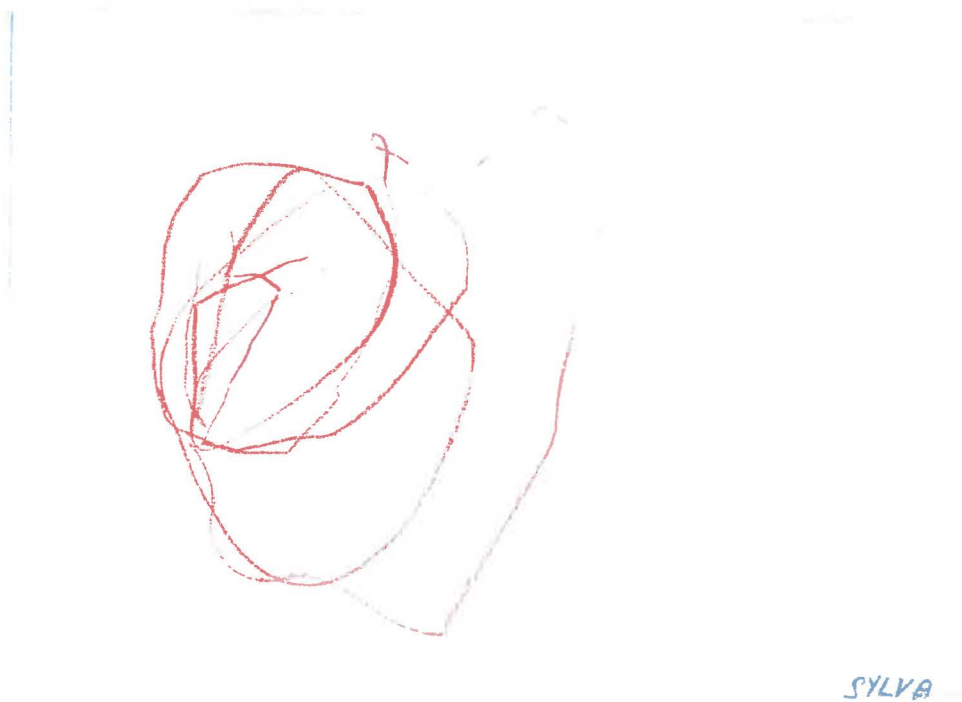
Obr. 8



## Čmárání na hudbu



Obr. 9



Obr. 10

## Malování na hudbu

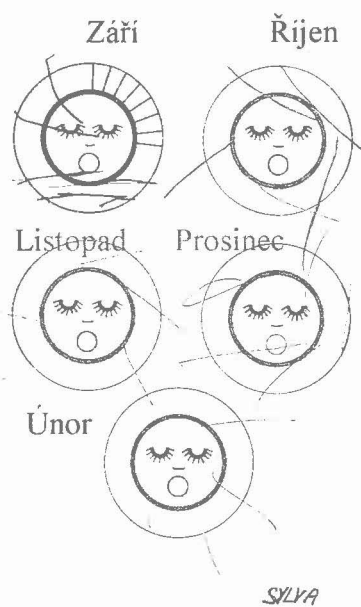


Obr. 11

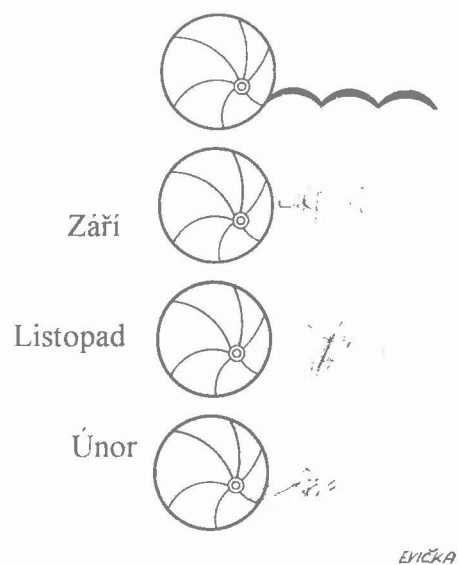


Obr. 12

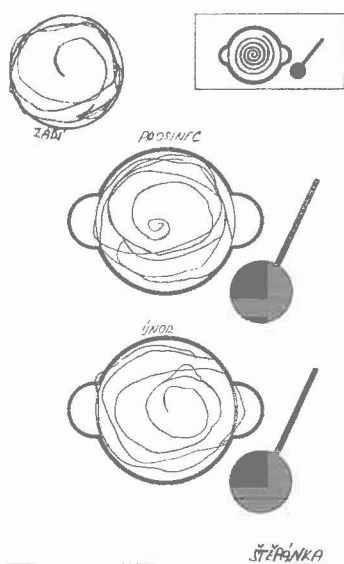
## Výsledky grafomotoriky



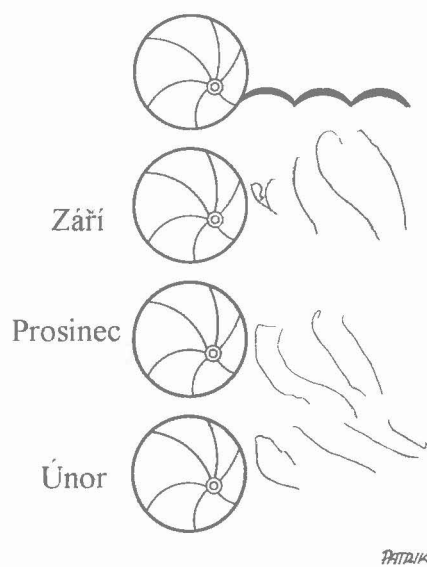
Obr. 13



Obr. 14



Obr. 15



Obr. 16



## **11 Seznam použitých zkratk**

**AM** – aktivní muzikoterapie

**CNS** – centrální nervová soustava

**DMO** – dětská mozková obrna

**IQ** – inteligenční kvocient

**LMD** – lehká mozková dysfunkce

**MT** – muzikoterapie

**MŠ** – mateřská škola

**RP** – raná péče

**TP** – tělesně postižený

**VVV** – vrozená vývojová vada

